

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

E.-VICTOR GHOUILA- HOURI

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 13 Août 1897, à Sousse (Tunisie)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

HERNIE LOMBAIRE

Président de Thèse : M. le Professeur LECÈNE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—
1926

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

E.-VICTOR GHOUILA-HOURI

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 13 Août 1897, à Sousse (Tunisie)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

HERNIE LOMBAIRE

Président de Thèse : M. le Professeur LECENE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PARIS

—
1926

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des mala- dies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHT Fils.
Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En reconnaissance de leur tendresse si
attentionnée et de leur dévouement si
grand !*

*Très faible témoignage de ma vive affec-
tion pour eux.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE *
Professeur de Pathologie Chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MADIER
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES

Stages :

MONIEUR LE PROFESSEUR LEMIERE *

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR THIERRY, AGRÉGÉ *

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU *

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD *

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE *

Introduction

Il existe une variété très rare de hernies, dont les auteurs classiques parlent pas, ou dont du moins ils ne font souvent que mention :

Ce sont « LES HERNIES LOMBAIRES »

Nous avons pensé, inspiré en cela par M. Jean Madier, chirurgien des Hôpitaux de Paris, étudier d'une façon approfondie ces hernies.

Tout d'abord, nous prions M. Jean Madier de vouloir bien agréer nos plus sincères remerciements pour avoir bien voulu nous guider dans ce travail, et nous fournir une observation très détaillée de la hernie lombaire congénitale chez un jeune enfant de quelques mois.

Cette observation est très intéressante et nous la considérons comme un type complet, une véritable étude détaillée de cette affection.

L'intérêt de cette observation, réside surtout dans le traitement appliqué : la MYOPLASTIE.

Quelques auteurs ont parlé de myoplastie ; mais ils ne l'ont jamais appliquée.

Il nous semble que, grâce à ce mode opératoire, quand il est possible, le résultat de la cure radicale ne peut être que très favorable.



Figure 1 : Avant l'opération.



Figure 2 : Après l'opération.

DÉFINITION

Sous le nom de hernie lombaire, on désigne toute hernie se produisant dans la région lombaire, limitée en haut par les fausses-côtes, en bas par la crête iliaque, en arrière par la masse sacro-lombaire, en avant le bord du muscle grand oblique de l'abdomen. Ces hernies sont peu fréquentes.

Observation personnelle

B... Maurice, sexe masculin, cinq mois, est amené à l'hôpital des Enfants-Malades, le 20 septembre 1922, pour tumeur arrondie siégeant dans la région lombo-iliaque gauche (Voir figure ci-contre).

Cette tumeur est apparue dès la naissance et a été constatée par la Sage-femme qui a fait l'accouchement. Elle eut dès le début à peu de choses près, son volume actuel.

Elle ne paraît avoir provoqué ni douleurs, ni troubles fonctionnels, mais néanmoins la mère a cru devoir consulter à son sujet.

A l'examen, l'enfant étant vu de dos, on constate l'existence d'une tumeur arrondie semi-ovalaire, lisse, régulière, occupant la région lombo-iliaque gauche. Ses dimensions, dans le sens vertical, dix centimètres environ; dans le sens transversal douze. Sa limite supérieure est un peu au-dessous des dernières côtes et en bas elle déborde la partie supérieure de la fesse. En dedans, elle arrive à peu près à deux doigts de la ligne médiane. En dehors et en avant sa limite

externe s'arrête à quatre ou cinq centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau est normale, souple et mobile.

A la palpation on note une tumeur élastique molle, non fluctuante, et présente une impulsion manifeste et une augmentation de tension sous l'influence des cris de l'enfant.

A la percussion cette tumeur est sonore.

La réduction se fait aisément avec gargouillement. Au cours de la réduction et par des manœuvres attentives on peut sentir des anses intestinales; on n'a pas la sensation grenue de l'épiploon et l'on peut, sous la peau, pincer une enveloppe très fine et souple.

Toutes ces manœuvres paraissent absolument indolentes.

Une fois la réduction obtenue, on s'aperçoit qu'à la partie inférieure, dans la portion correspondante à la fosse iliaque externe, il existe un assez gros peloton adipeux. D'autre part, on peut délimiter d'une façon très précise la forme de l'orifice profond qui fait communiquer la poche avec la cavité abdominale. Cet orifice, en effet, présente trois bords très faciles à palper et affecte une forme nettement triangulaire à sommet supérieur et base inférieure. Ce dernier est osseux et constitué par la crête iliaque. Le bord antérieur est fibreux, tranchant; le bord postérieur est fibreux et mou.

La hauteur du triangle est de trois centimètres environ et dans l'aire de ce triangle, le doigt peut pénétrer profondément dans la cavité abdominale. L'enfant est bien portant, né à terme, et ne présente aucun trouble, aucune anomalie.

On se trouve donc en présence d'une tumeur occupant la région lombaire, constituée par des anses intestinales qui font issues par un orifice correspondant exactement comme forme et situation au triangle de J.-L. Petit, et le seul diagnostic possible est celui de la hernie lombaire du triangle de J.-L. Petit.

L'enfant est opéré le 21 septembre, par M. Jean Madier. Etant donné la netteté de l'orifice, la réductibilité facile de la tumeur et le bon état général de l'enfant, on décide la cure radicale.

Anesthésie au chloroforme, incision verticale de la peau longue de dix centimètres environ qui permet de découvrir une tumeur semi-ovoïde dont la paroi est constituée par un fascia aponévrotique, l'aponévrose transverse qui est à son tour incisée verticalement (Figure 3).

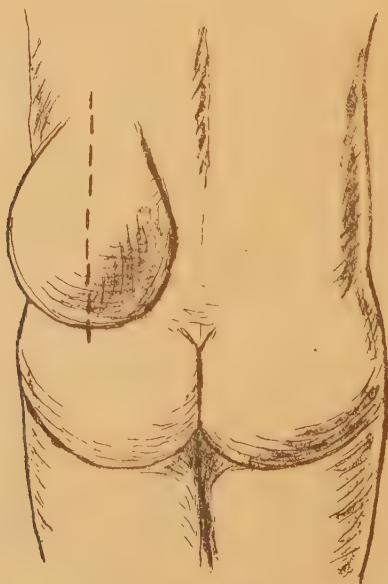


Figure 3

Les deux lèvres de l'aponévrose sont réclinées de part et d'autre, et on découvre ainsi un sac péritonéal mince, à travers lequel on aperçoit les anses intestinales grêles sans épiploon (Figure 4).

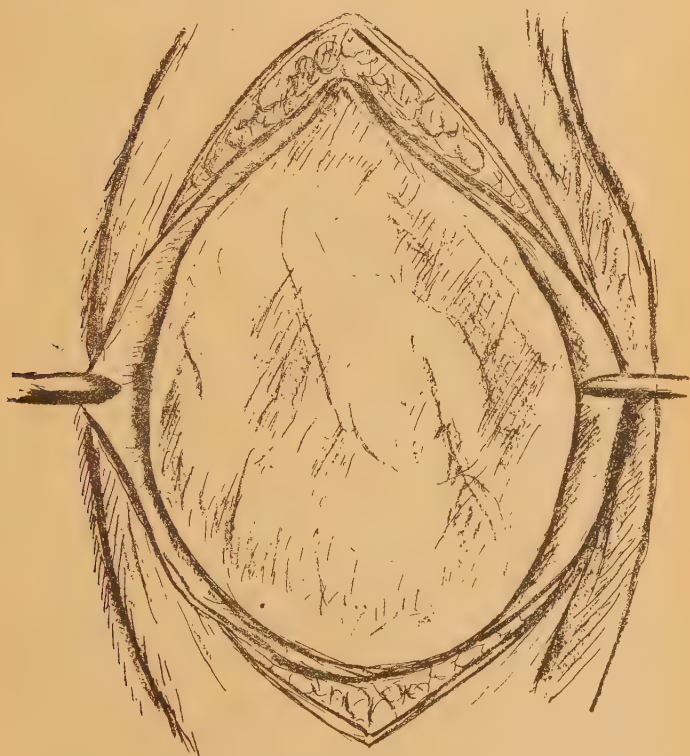


Figure 4

Par expression, on réduit l'intestin et on isole le sac. On hésite alors sur le traitement de ce sac. Etant donné sa minceur et les dimensions considérables de l'orifice, la liga-

ture et la résection ne paraissent pas possibles sans déchirure et sans issue consécutive des anses intestinales.

Aussi, le sac est-il simplement refoulé, et ce refoulement est maintenu provisoirement par une compresse. Puis, pardessus cette compresse, les deux lèvres aponévrotiques sont réunies par un surget au catgut qui les prend assez largement de manière à former un bourrelet aponévrotique et à reconstituer ainsi un plan rigide (Figure 5).

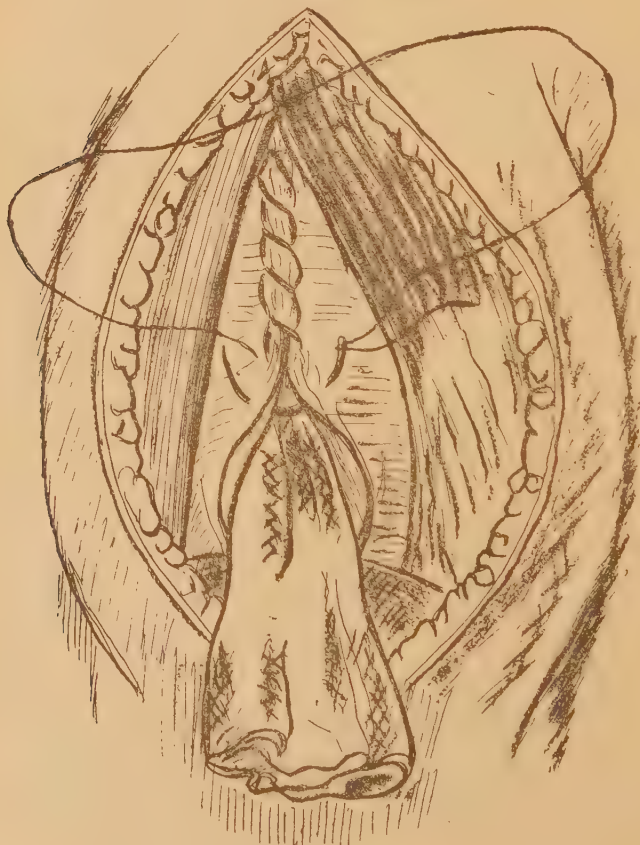


Figure 5

Au fur et à mesure, la compresse est retirée. Finalement l'aire du triangle de J.-L. Petit apparaît (Figure 4) obturée par l'aponévrose du transverse. Il reste à reconstituer un plan musculaire.

A la partie supérieure, les bords du grand dorsal et du grand oblique sont réunis facilement par trois points séparés du catgut. Mais au fur et à mesure que l'on descend près de la crête iliaque, le rapprochement des deux muscles devient impossible et on décide de combler le point faible par une myoplastie. Dans ce but on taille dans le grand dorsal un lambeau quadrangulaire à pédicule supérieur ayant une largeur équivalente à la base du triangle. En épaisseur, ce lambeau comprenait non seulement le dorsal, mais une partie des fibres de la masse sacro-lombaire. Ce lambeau est ramené par glissement au devant de l'espace à combler. On suture son bord externe à la partie profonde restante de la masse sacro-lombaire. Son bord libre, c'est-à-dire son bord inférieur, est suturé à l'aponévrose du moyen fessier. L'orifice est ainsi parfaitement fermé. (Figures 6 et 7). On suture ensuite la peau.

Suites opératoires très simples, les fils sont enlevés le huitième jour de l'opération et l'enfant quitte l'hôpital le 1^{er} octobre.

Le résultat immédiat voir photo.

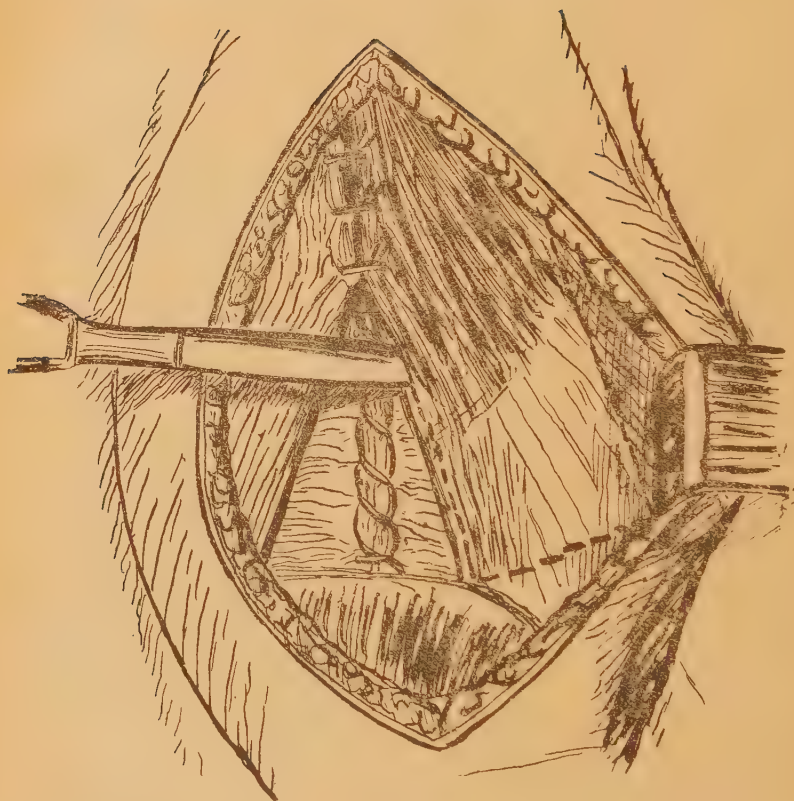


Figure 6



Figure 7

Les hernies lombaires sont connues depuis longtemps comme pourraient en témoigner les observations qui vont suivre mais elles n'ont été étudiées et bien connues que depuis 1873 sous le nom de hernies de J.-L. Petit.

OBSERVATION N° 1

Paul BARBETTE (1672). Cet auteur indique la région du flanc comme pouvant être le siège des hernies traumatiques.

« L'expérience, a-t-il dit, m'a appris que le péritoine peut se rompre aussi à la partie postérieure vers le dos et y former hernie ».

OBSERVATION N° 2

Renaulme de LAGARENNE (1726). « Dolee, dit-il parle qu'une espèce de hernie qu'il nomme lombaire dont il donne la situation entre les dernières fausses-côtes et la crête de l'os des îles, arrivée par la division des fibres du muscle oblique et du muscle transverse. Elle paraît si singulière que l'on pourrait douter qu'elle eut jamais existé sans plaies qui l'eut précédée ».

OBSERVATION N° 3

Croissant de GARANGEOT (1731) cite l'observation d'une blanchisseuse qui souffrait à la suite d'un faux pas, d'une douleur du côté droit du ventre, entre les cartilages des fausses-côtes et la crête de l'os des îles; et des vomissements.

Un médecin consulté essaya, en vain, de calmer ces signes. Garangeot, consulté trop tard trouva la femme morte. C'est en examinant le cadavre, et guidé par l'idée d'un étranglement herniaire et l'histoire de la maladie au début, qu'il trouva une « tumeur grosse comme une noix dans l'espace compris entre l'os des îles et les cartilages des fausses-côtes ».

OBSERVATION N° 4

RAVATON (1738). Il s'agit d'une femme enceinte auprès de laquelle Ravaton, a été appelé en 1738. Cette femme souffrait depuis quelque temps d'une douleur sphérique siégeant dans la région lombaire gauche et présentant des vomissements depuis l'apparition de cette tumeur. Ces vomissements furent mis par plusieurs médecins sur le compte de la grossesse. Tous les médecins consultés tour à tour considérèrent que tumeur et vomissements disparaîtraient au terme de l'accouchement.

Cependant, la malade ayant de la douleur, des vomissements et d'autres signes alarmants, consulta Ravaton, qui reconnut une hernie ventrale irréductible. Il essaya aussi quelques médicaments, mais il opéra la malade quelques jours après en présence de plusieurs autres confrères.

Voici le compte rendu de l'opération :

« L'incision des téguments et des muscles droits faite,
« quelques membranes et le sac herniaire déchiré, je décou-
« vris tout d'abord un dépôt de matières purulentes qui me

« laissa voir une portion de l'épiploon altérée, suppurée, que
« je nouai et coupai tout de suite, il y avait au-dessous des cir-
« convolutions des intestins grêles que je fis rentrer par-
« qu'il m'avait paru dans l'état naturel avec la portion de
« de l'épiploon nouée. Après avoir suffisamment dilaté la
« plaie et arrosé toutes ces parties d'un mélange d'huile et
« de vin tiédi, j'appliquai dessus un morceau de linge fin,
« trempé dans le même liquide, plusieurs compresses mouil-
« lées d'eau-de-vie et le bandage de corps pour soutenir le
« tout.

« Deux heures après l'opération, la malade fut copieu-
« sement à la selle, dormit dix heures d'un sommeil profond,
« garda les aliments qu'on lui ordonnait et ne fut plus tra-
« vaillée des vents comme elle l'avait été depuis le commen-
« cement de sa maladie, de façon que ses parents la crurent
« hors de danger ».

Mais la suite de l'observation nous montre que les acci-
dents réapparurent le lendemain, soit par la ligature de l'épi-
ploon, soit par la sortie de l'intestin. L'appareil fut levé et
difficilement réappliqué. Les symptômes généraux, toujours
graves se calmèrent cependant. Les forces épuisées se rani-
mèrent peu à peu par un régime approprié. La ligature faite
à l'épiploon se détacha le 11^e jour par la suppuration et quoi-
que les intestins firent irruption à chaque vomissement. quoi-
que la diarrhée suivie de quelques vomissements et persis-
tance de la fièvre, cet état si alarmant fut enfin modifié puis

amélioré par les soins excellents de Ravaton, pour sa maladie.

Le danger, encore extrême, parut moindre vers le 10^e jour de l'opération et ensuite la diarrhée cessa, les vomissements se calmèrent, les pansements devinrent plus faciles par la réduction graduelle des intestins et par la cicatrisation progressive de la plaie, qui fut enfin guérie définitivement deux mois et quelques jours après l'opération.

Cette femme se rétablit ainsi peu à peu et accoucha heureusement.

Ravaton, fit alors la conclusion remarquable suivante :

« Ce qui a rendu cette maladie rebelle et dangereuse,
« c'est qu'elle fut méconnue au commencement et qu'on
« laissa passer un temps précieux sans y apporter aucun
« remède ; si on eut tenté la réduction de la hernie au mo-
« ment où elle parut et qu'on l'eut maintenue avec un ban-
« dage, il ne serait point arrivé d'accidents. Le succès de
« l'opération a été bien équivoque, cependant elle a réussi.
« C'est pourquoi je conseille de tout tenter pour sauver les
« malades dans les cas désespérés ».

OBSERVATION N° 5

HENERMAN (1767). Il s'agissait d'une femme âgée de 46 ans. Elle présentait de fortes douleurs et une tumeur du volume d'une petite noix et siégeant sur le flanc gauche dans sa partie supérieure. Malgré les cataplasmes et autres soins,

la tumeur s'est rompue quelques temps après, laissant s'évacuer des matières fécales.

Henerman, constata une hernie lombaire, dans laquelle l'intestin était perforé.

OBSERVATION N° 6

PLENCK (1774). Toute tumeur des lombes qui contient un viscère est nommée hernie lombaire. On en a jusqu'ici mentionné une variété dans laquelle le rein et le bassin dilaté paraissaient déterminer la hernie.

La tumeur siégeait dans les lombes, indolore, tendue. Elle disparaissait sous la pression méthodique des doigts et aussitôt la tumeur réduite, il se produisait une miction abondante. La guérison fut obtenue sous un bandage soigné composé de compresses graduées et des bandes.

OBSERVATION N° 7

CALISEN (1779), parle d'une façon très vague des hernies dites « lombaires ».

OBSERVATION N° 8

J.-L. PETIT (1783), dans le « Traité des maladies chirurgicales, 1783 », publié après sa mort, signale le cas d'une femme ayant eu une tumeur dans le flanc gauche. Plusieurs médecins, consultés tour à tour, posèrent différents diagnostics : « Tumeurs venteuses » pour les uns, « dépôts laiteux »

pour les autres.

« Personne, dit J.-L. Petit, ne soupçonnait que ce fût
« une hernie ».

J.-L. Petit, examina sa malade, constata la présence d'une tumeur que la femme dit avoir eue à la suite d'une grossesse qui siégeait en arrière du flanc gauche entre les fausses-côtes et la crête de l'os des îles.

Son volume était comme celui de la tête d'un enfant, sa réduction était facile et se faisait parfois spontanément par le décubitus dorsal, parfois par la pression de la main.

Plus tard, J.-L. Petit, consulté à nouveau par cette malade, constata quelques symptômes d'étranglement herniaire, vomissements, mauvais état général. Et son diagnostic fut « hernie lombaire à travers les fibres du transverse entre le muscle triangulaire et l'endroit où finissent les obliques » : Plus loin, J.-L. Petit, termina ainsi : « les particularités dont
« cette maladie était accompagnée, méritent bien que j'en
« donne un détail plus circonstancié. Mais comme je ne pour-
« rais le faire ici sans m'écarter de mon sujet, je me réserve
« d'en parler ailleurs ». D'après Bayen, J.-L. Petit n'en reparla plus jamais.

OBSERVATION N° 9

DESSAULT (1791), dans son « Journal de Clinique, 1791 » rapporte l'observation d'un garçon mort en tombant d'un quatrième étage.

A l'autopsie, on découvrit entre autres lésions une « hernie sur la partie latérale de l'abdomen ».

OBSERVATION N° 10

CARTIER, de Lyon (1802). « J'ai eu l'occasion de voir la
« hernie observée par J.-L. Petit sur les parois latérales du
« ventre, c'est-à-dire, l'espace compris entre le bord du grand
« oblique et celui du grand dorsal.

« Le muscle grand oblique ne se terminant pas toujours
« postérieurement au niveau du grand dorsal laisse un espace
« par lequel les parties peuvent facilement s'échapper ».

OBSERVATION N° 11

MONRO (1802) (*Essay ou Crural Hernie*, page 8 (1802).

Hernie lombaire congénitale double chez un enfant de six ans (pas d'indication de sexe). On trouve les deux reins dans les tumeurs réductibles, du volume d'une tête d'enfant, situé juste au-dessous des fausses-côtes. Les reins sortaient par des ouvertures d'une largeur considérable. Faiblesse ou absence congénitale des parois à ce niveau.

OBSERVATION N° 12

DELPECH (1811). Les muscles obliques se croisent dans la région externe de l'abdomen, vis-à-vis le sommet de la dernière côte asternale d'où il résulte que ces muscles laissent à nu l'oblique interne et que les parois du ventre ne sont

formées dans ce même point que par ce dernier muscle et le transverse. En cas d'amaigrissement extrême ou par l'effet d'une infirmité locale, les fibres charnues de ces organes, moins bien soutenues dans cette région que dans toute autre, peuvent se laisser érailler et se prêtent au déplacement de quelques viscères.

Tel est le mécanisme de la formation des hernies connues sous le nom de lombaires; espèce très rare parce que la disposition générale de l'abdomen n'expose presque point la paroi postérieure de cette cavité à l'impulsion des viscères qu'elle renferme.

OBSERVATION N° 13

MONRO (1811). « Mon père fut appelé à visiter avec le
« Docteur Faiguhaizon, un enfant de six mois chez qui, les
« deux reins faisaient hernies par un large orifice dans les
« muscles lombaires et étaient seulement revêtus par la peau.
« Les orifices étaient si larges que les reins pouvaient être
« facilement réduits mais difficilement maintenus dans le
« ventre ».

OBSERVATION N° 14

MONRO (1811). J'ai eu l'occasion d'examiner un matelot qui avait une gibbosité des deux vertèbres lombaires supérieures et sur le côté droit de l'épine, une tumeur d'un volume du poing. Je supposais, avant d'étudier l'histoire du patient, qu'il s'agissait d'un abcès lombaire, mais à la pression j'ai

perçu que la tumeur donnait la sensation d'une hernie et ie réduisis immédiatement la tumeur.

Le patient avait reçu un choc violent sur le dos en maniant une barrique de sucre.

La tumeur des vertèbres s'ensuivit immédiatement et, environ six mois après, la tumeur, sur le côté de l'épine, devint grosse comme une orange.

OBSERVATION N° 15

J. CLOQUET (1819), cite dans ses « Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales », un cas de hernie lombaire qu'il soigna sans intervention, grâce à une ceinture et dont l'observation recueillie dans la thèse de A. Billotoi, thèse, Paris, 1869. J. Damours, âgé de 75 ans, ancien domestique doué d'une bonne constitution, pensionnaire de la Maison de retraite de Montrouge, est sujet à des aigreurs d'estomac et des fréquents vomissements.

Le 10 mars 1812, en soulevant un matelas pesant, il éprouve dans la région lombaire une vive douleur accompagnée d'une sensation de déchirement.

Sous l'influence de frictions sèches : amendements puis disparition des douleurs après six semaines.

Le 14 mai, en se levant du lit, il ressent au même endroit les mêmes douleurs. A la visite de M. J. Cloquet : agitation extrême, coliques violentes, vomissements, constipation.

Il y a dans la région lombaire droite une tumeur arron-

die, peu saillante, sans changement de couleur de la peau, distante d'un pouce et demi de la dernière côte et de cinq travées de doigt des apophyses épineuses lombaires; peu douloureuse, rénitente, séparée de la peau par une couche épaisse de graisse, cette tumeur adhère avec un pédicule très large aux parties profondes. Elle augmente de volume et communique à la main de fortes impulsions par la contraction des muscles abdominaux (toux, éternuements, miction), une douleur profonde, vive, continue, existe sur le trajet du cæcum et du côlon accolant. Elle augmente par la station debout. Quand le malade est couché, la tumeur rentre facilement sans bruit et, à sa place on trouve un enfoncement facile à constater.

Alors, les douleurs se calment : repos, potions opiacées, sommeil, diminution des vomissements, au bout de huit jours, l'état du malade est satisfaisant, mais de temps en temps surviennent encore des coliques violentes et des nausées.

Damours est transporté à Cochin; là on lui fait prendre des bains, quelques calmants, quelques antispasmodiques, mais sans beaucoup de succès.

Trois semaines après Damours revient à la Maison de Retraite de Montrouge dans le même état qu'il en est sorti.

Réduire et maintenir réduite la hernie, était la seule indication à remplir.

Avec le consentement de Cajol, médecin chef de l'hospice, M. J. Cloquet, fait donner au malade une ceinture élastique,

boucle munie d'une pelote arrondie. Damours se regarde comme guéri, cependant la douleur existe quand on retire le bandage, mais le malade n'en éprouve plus aucune incommodité.

OBSERVATION N° 16

DECAISME (1839), médecin de l'armée belge publia dans *le Bulletin de la Société de Gand*, n° de janvier 1839, une observation au sujet des hernies lombaires.

Il s'agissait d'un enfant de six ans chez qui on constata, à la suite d'une chute d'une hauteur de « 30 pieds », trois fortes contusions : une au flanc gauche, une à la poitrine et la troisième à la tête.

Au niveau du flanc gauche, l'examen montra qu'il existait une tumeur de la grosseur d'un œuf et qui se serait produite instantanément après l'accident.

« Cette tumeur, de consistance ferme, siégeait, dit « Decaisme, un peu au-dessous de la partie moyenne de l'es-
« pace compris entre la dernière côte et l'os des îles, à qua-
« tre travées de doigt des apophyses épineuses ».

Cette tumeur était réductible facilement. La réduction se produisait quand le petit était en décubitus latéral opposé. A ce moment, on pouvait entendre un gargouillement caractéristique de l'entérocelle. On plaça sur cette tumeur, et après réduction, un appareil contentif qui mit fin « aux vomissements et aux cris de l'enfant ». Cependant, ce dernier mou-

rut deux jours après avoir présenté des symptômes cérébraux très graves.

OBSERVATION N° 17

VERDIER (1840). *Traité pratique des hernies*, 1840.

Homme ayant eu une hernie lombo-abdominale survenue à la suite d'une chute violente à la région du flanc droit, tumeur molle pâteuse, élastique, à demi réductible, située entre la dernière fausse-côte et le bord supérieur de l'os coxal. Un bandage spécial, muni d'une plaque et d'une ceinture, finit par la maintenir réduite.

OBSERVATION N° 18

MALGAIGNE (1841), dans ses leçons de clinique sur les hernies, ne fait qu'une simple allusion sur les hernies lombaires.

« Il y a, dit-il, aussi des hernies lombaires en « arrière du muscle grand oblique », mais Malgaigne, n'en parle pas davantage.

OBSERVATION N° 19

VAN HANGEL (1848), des Pays-Bas, publie dans *la Gazette des Hôpitaux* de 1848, le cas d'une femme qui, ayant fait une chute, éprouve de vives douleurs au-dessous des fausses-côtes, dans le flanc gauche.

Des médecins consultés à ce moment la traitèrent pour une pleurésie et ce n'est que trente-six ans plus tard que Van

Hangel fut consulté. Ce dernier trouva une tumeur située entre les fausses-côtes et l'os des îles du côté gauche que la malade dit avoir eu après l'accident. Peu de temps après, cette tumeur s'était abscondue, Van Hangel a vu au fond de l'abcès s'ouvrir spontanément une anse intestinale. La malade en guérit après des soins longtemps suivis.

OBSERVATION N° 20

Williams COLLES (1857), publie dans *The Dublin Journal*, mai 1857, le cas d'une petite fille de trois ans qui avait une hernie dans le flanc gauche, hernie congénitale d'assez petit volume et facilement réductible. Ce fait a été reproduit dans la *Gazette médicale de Paris*, en janvier 1858.

OBSERVATION N° 21

MELATON (1857), relate dans « éléments de pathologie chirurgicale, 1857 », le cas d'un chef de gare ayant eu une hernie lombaire traumatique, qui fut soignée par une ceinture à boucle garnie d'une pelote.

OBSERVATION N° 22

CHAPPELAIN (1861), de Marseille, publie dans *Bulletin des travaux de la Société des médecins de Marseille*, juillet 1861, l'observation suivante :

« G..., âgé de 60 ans, journalier a eu le corps pris entre
« un mur et le timon d'une voiture.

« Il ne survint aucun incident immédiat, seulement une

« douleur constante se fait sentir dans le flanc droit. Le 11
« juillet, G... est admis dans le service de l'hôpital, confié
« aux soins de M. Chappelain, pour une tumeur occupant la
« partie latérale droite du ventre. Le malade étant couché, on
« trouve sur le flanc droit, au-dessus de la crête iliaque, au-
« dessous de la dernière côte un sillon longitudinal de la
« peau qui est adossée à elle-même par la face épidermique.
« Là, la main du chirurgien constate, sans peine un enfon-
« cement et au-dessus une anomalie de la dernière fausse-
« côte. Quand le malade est debout, à la place du sillon appa-
« raît une tumeur ovalaire à grand diamètre horizontal mesu-
« rant sept à huit centimètres à petit diamètre vertical de
« cinq à six centimètres. Elle est fluctuante comme un abcès
« froid. Elle se réduit avec facilité en faisant entendre un gar-
« gouillement caractéristique. Ce malade fut simplement soi-
« gné par un appareil contentif ».

OBSERVATION N° 23

MARMISSE (1862), de Bordeaux *Gazette des Hôpitaux*,
1862, page 170.

Une femme célibataire, âgée de 62 ans, gardienne de
lieux publics de Bordeaux, d'une obésité excessive, avait vu
se développer depuis vingt ans une tumeur de la région laté-
rale gauche de l'abdomen, entre l'os iliaque et les fausses-
côtes. Au moment de la mort, la tumeur avait le volume d'une
tête de fœtus. La peau qui la recouvre est luisante laissant

voir par transparence une couleur bleuâtre. La main en la comprimant, sent rouler une masse élastique sous le tissu sous-cutanée qui est littéralement réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier. A la pression, la tumeur fuit pour revenir aussitôt que la pression cesse. En la pinçant entre deux doigts, on s'aperçoit qu'on pince une anse intestinale.

Les doigts n'en sont séparés que par une même épaisseur. La percussion donne une sonorité gazeuse. L'épaisseur compacte du reste de la paroi abdominale fait un contraste frappant avec l'excavation cutanée dont le pourtour est parfaitement tranchant.

Il est visible qu'il s'agit d'une hernie intestinale, et tout porte à croire que la portion engagée appartient à l'intestin grêle. Elle n'a jamais occasionné le moindre accident, grâce à l'aisance dont elle a toujours joui dans cette vaste excavation.

Ainsi, cette femme n'a jamais senti le besoin d'un bandage pour maintenir cette hernie réduite.

Une accumulation excessive de graisse dans l'épaisseur de la paroi abdominale paraît pouvoir expliquer le mécanisme de cette hernie. Des pelotons de tissus adipeux auront probablement écarté au début les fibres musculaires du transverse. A travers les éraillures, les anses intestinales grêles qui sont immobiles, ont exercé une pression telle, qu'elles y auront pénétré elles-mêmes. Et peu à peu l'écartement aura pris des proportions d'une vaste excavation formée unique-

ment par un derme considérablement aminci, en vertu de son extensibilité.

Il est probable que du vivant de cette femme, par l'action d'une lumière artificielle convenablement appliquée, on aurait pu saisir le mouvement verniculaire de l'intestin dans le travail de la digestion à travers la peau devenue transparente. Cette femme pouvait avoir succombé aux effets anatomopathologiques de l'obésité.

OBSERVATION N° 24

SCHRAUBE (1863) (D'après Braum).

Un maçon âgé de 31 ans se heurta contre une pierre, en se relevant d'une position inclinée. Le choc fut violent et il dut cesser le travail.

A l'examen : tumeur de la région lombaire, indolore, fluctuante, tumeur non tendue, à son clair, mais pas de tympanisme, comme si une partie du contenu eut été de l'intestin. Bandage.

OBSERVATION N° 25

BASSÉ (1864), publia dans *le Bulletin de la Société des Médecins de Toulouse*, un cas de hernie lombaire chez un jeune homme de 18 ans et qui fut prise par son médecin pour un lipôme. « Elle présentait, en effet, disait Bassé, quelques caractères de lipôme ». Mais Bassé diagnostiqua hernie lombaire, qu'il soigna par un appareil contentif.

OBSERVATION N° 26

GNYNFELTT (1866), *Montpellier médical*, 1866, T. I.
page 329.

Dufayet Benjamin, âgé de 70 ans, habitant actuellement Montpellier, né à Nîmes, où il a longtemps exercé sa profession de cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu de Saint-Eloi, dans le service de clinique chirurgicale, dirigé alors par M. le Professeur Buisson, le 12 novembre 1865, pour une contusion étendue, mais peu profonde des deux membres inférieurs. Il est couché au n° 50, de la salle Saint-Eloi, sa constitution est considérablement affaiblie. Il est affecté d'un tremblement de tout le corps à la production duquel n'a peut-être pas peu contribué l'alcoolisme.

Dufayer nous dit, en effet, aimer assez boire; la respiration est difficile, les mouvements d'inspiration et d'expiration sont de courte durée et peu étendus. La voix est faible, brève, saccadée. Cet homme, comme on dit, a l'haleine courte. Il éprouve un sentiment d'oppression derrière le sternum. Il tousse habituellement, et expectore des crachats opaques, verdâtres, peu aérés. Souvent la nuit, la gêne de la respiration et la toux augmentent. En avant, les espaces intercostaux sont moins déprimés qu'à l'ordinaire quoique le malade soit complètement amaigri. Mais il n'y a pas de voussures appréciables du thorax; sonorité exagérée dans toute la poitrine. Râles sibilants et ronflants, mêlés de râles muqueux dans les

deux poumons. Le râle humide est surtout perceptible en arrière à la base du thorax. En haut, en avant, le murmure vésiculaire est assez notablement affaibli, mais ce n'est pas à ce point de vue que nous devons examiner ce malade. Il porte, avons-nous dit, de larges écchymoses sur les deux membres inférieurs. Ces infiltrations sanguines sous-cutanées s'observent principalement en arrière et en dehors des cuisses. Le côté droit offre une coloration écchymotique plus foncée. Du reste ces parties sont médiocrement douloureuses à la pression et les os ne présentent aucun signe de fracture. Il n'y a pas de déformations appréciables à la vue, ni au toucher. Tous les mouvements spontanés quoique lents et douloureux sont possibles, une exploration attentive permet de reconnaître l'intégrité parfaite de tous les leviers osseux qui constituent le membre inférieur; pas de fièvre.

Interrogé sur les causes de sa blessure, et l'interrogatoire du malade n'est pas facile, car il a presque complètement perdu l'ouïe au siège de Pampelune, auquel il assista en 1823, Dufayet raconte que se trouvant près de la gare, il a été jeté par terre par les broussailles dont était chargée une petite charrette qui venait derrière lui, et qu'alors une roue de cette voiture lui a passé sur le corps. A coup sûr, cette charrette ne devait pas être pesamment chargée pour ne produire que les lésions superficielles que nous avons signalées.

Quart d'aliments, infusions légères d'arnica pour tisanes, applications sur les cuisses d'eau blanche. Nous ne suivrons

pas momentanément les changements successifs qui se sont produits après dans les parties contusionnées, notre but n'est pas de faire une étude sur les contusions.

Notons seulement la lenteur avec laquelle s'est faite la résorption du sang épanché et ajoutons qu'à partir du 5^e jour de l'entrée du malade à l'hôpital, un traitement a été constitué contre la maladie de poitrine dont le malade était depuis longtemps affecté. Trois quarts d'aliments, lait, tisane d'orge édulcorée, deux pilules de cynoglose, emplâtre de poix de Bourgogne sur la région sternale.

Du reste, les applications froides sur les cuisses avaient déjà été suspendues.

Arrivons au point de l'histoire de ce malade qui nous intéresse plus particulièrement : Dufayet était déjà depuis quelques jours à l'hôpital lorsqu'on découvre dans la partie du flanc gauche une tumeur arrondie sensible, du volume du poing au moins, un peu aplatie du haut en bas sans changement de couleur à la peau, indolente même à la pression, molle, facilement réductible avec ou sans gargouillement, suivant les circonstances, limitée en haut par la dernière fausse côte, en bas par la partie postérieure de la crête iliaque, en arrière par les muscles spinaux et le bord antérieur du grand dorsal, en avant par le relief des muscles larges de l'abdomen, moins facile à sentir. Quand elle est réduite, la main exploratrice trouve à sa place un enfoncement très marqué et penché

pour ainsi dire dans la cavité de l'abdomen par une ouverture de 5 à 6 centimètres environ de diamètre.

La station debout et surtout la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme, la toux, produisent une augmentation notable du volume de la tumeur et si l'on applique la main dessus pendant que le malade tousse, on a la sensation très nette d'une impulsion vers l'extérieur. Le doute ne peut exister, il s'agit bien, en l'espèce, d'une hernie lombaire, d'une hernie connue sous le nom de J.-L. Petit.

L'intestin n'est séparé de la peau que par la couche cellululo-adipeuse sous-cutanée, doublée de fascia propria. Voulant connaître l'origine de cette hernie, nous avons eu recours au stéthoscope, privé de sa place auriculaire, dont nous nous servons comme cornet acoustique, et nous apprenons, non sans beaucoup de peine, que cette tumeur date de 3 ans, qu'elle s'est manifestée après un violent coup de poing asséné dans le flanc gauche, que six mois après son apparition elle a été vue par le Dr Revel, de Nîmes, qui prescrivit l'usage d'un bandage contentif; tant qu'à la violence du coup de poing, Dufayet, pour en donner une idée, dit qu'il a été obligé de garder 12 jours le lit, mais il ne peut nous informer sur l'époque précise du début de cette tumeur, ni sur son mode de développement.

Le coup de poing dont nous venons de parler n'est pas la seule mésaventure qui soit arrivée à ce pauvre malheureux, réduit depuis 1856, époque à laquelle il fit une chute sur le

bras droit qui lui laissa ce membre impotent, au métier de marchand ambulant, chanteur comique dans les cafés....., mais tous ces accidents dont il nous a raconté l'histoire sont bien antérieurs au coup de poing qu'il a reçu sur le flanc gauche et qui nous paraissent n'avoir avec la hernie aucune relation de cause à effet. Aussi, nous les passerons sous silence. Ce coup de poing, au contraire, peut être considéré comme la cause déterminante de la sortie des intestins hors de l'abdomen. Il a dû en effet produire, au point sur lequel il a été porté, un affaiblissement tel des parois du ventre qu'elles n'ont pu résister, par la suite, à la pression des viscères.

Au surplus, Dufayet n'a jamais souffert de sa hernie. Jamais elle ne lui a causé de vomissements, ni d'incommodités, si ce n'est quelques légères coliques d'assez courte durée généralement et ne venant qu'à intervalles plus ou moins éloignés.

Il reconnaît cependant ne pas se trouver aussi bien depuis qu'il a cessé l'usage du brayer qu'on lui a donné à Nîmes et sous l'influence duquel la tumeur, alors moins volumineuse qu'aujourd'hui, avait sensiblement diminué de grosseur.

Aussi, M. le Professeur Buisson fait-il construire pour lui un bandage particulier, des mieux approprié au cas clinique que nous avons sous les yeux et qui maintient la hernie réduite. Muni de ce bandage, Dufayet sort le 4 décembre 1865, complètement guéri de ses contusions et avec une amélioration nette de son catarrhe bronchique chronique. Il est aujourd'hui

à l'hôpital général, où nous pourrons l'observer ultérieurement et compléter peut-être l'histoire de sa hernie.

OBSERVATION N° 27

SISTACH (1867), cite l'observation d'un ouvrier mineur de l'armée d'Afrique, 46 ans, victime d'un éboulement. Transporté à l'hôpital, il fut soigné pour plusieurs contusions.

Il présentait un épanchement sanguin dans la région du flanc, mais cet épanchement se transforma en foyer purulent qui ne se cicatrisa que deux mois après la sortie de l'hôpital. C'est alors que le malade a présenté une hernie lombaire réductible, soignée par un bandage.

OBSERVATION N° 28

HARDY (1869). Jeanne B..., 30 ans, entre à l'hôpital le 14 janvier pour une paraplégie spécifique incomplète, de laquelle je ne parlerai pas.

Cette malade a toujours été bien portante jusqu'à ce qu'elle contractât la syphilis; pas de coqueluche ni bronchite pendant l'enfance, ses parents n'avaient pas de hernie, elle a eu un enfant à 18 ans. Quelque temps après son entrée à l'hôpital, elle fit des efforts pour vaincre une constipation opiniâtre qui se rattachait à sa paraplégie et c'est alors qu'elle s'aperçut d'une tumeur dans la région lombaire.

Cette tumeur, de 8 centimètres de diamètre, est située dans la région lombaire, au-dessus des bords de l'os iliaque

antéro-supérieur. Elle est sous-cutanée, à base large; hernie sphérique de la grosseur d'un poing, elle est molle, indolente sans fluctuation, dépressible à la main, très sonore à la percussion, facilement réductible, avec gargouillement caractéristique réapparaissant par la toux et par les efforts; peau normale. Cette tumeur apparaît même dans le repos au lit. Après réduction de la tumeur, on constate un intervalle triangulaire dans la base, en forme de gouttière et formé par le rebord supérieur échancré dans cet endroit de l'os iliaque. La malade digère bien et ne se plaint que de quelques coliques, pas d'autres hernies; cependant, on constate le même espace triangulaire du côté opposé.

OBSERVATION N° 29

H. BARON LARREY (1869). B..., sous-lieutenant au 3^e régiment d'infanterie en 1851, avait 30 ans alors, de l'embonpoint et une constitution robuste, exempte de toutes maladies antérieures à l'affection chirurgicale qui réclamait nos soins, dont voici l'origine : il avait été atteint, le 21 juillet 1849, dans un combat au Sénégal, d'un coup de feu tiré par un nègre embusqué à quelques pas de distance. La balle ayant pénétré dans la région épigastrique, à peu près au-dessus de l'appendice xyphoïde sur le bord gauche de la ligne blanche, paraissant avoir traversé l'abdomen, sinon dans sa cavité, du moins dans ses parois d'avant en arrière, suivant une direction oblique de haut en bas et s'était arrêtée sous les téguments, vers

les bords extrêmes de la région des lombes, au niveau de la 2^e vertèbre lombaire; la première sensation avait été celle d'une contusion violente sur le ventre, avec arrêt de la respiration et chute sur le côté, mais sans perte de connaissance. Secouru, le blessé fut transporté à l'ambulance où la plaie de l'abdomen fut explorée par une sonde pénétrant assez profondément et sans qu'un pansement provisoire pût être fait.

B... dut même se rendre à bord seul et à pieds. La blessure n'avait du reste donné lieu qu'à une très faible perte de sang, mais la boisson ingérée auparavant dans l'estomac provoqua des vomissements qui se reproduisirent chaque fois que le malade but.

Ce fut à tel point que le malade dut être soumis à une diète absolue de boisson pendant un mois.

De nouveau examiné, on reconnut la présence du projectile et sa mobilité sous la peau de la région lombaire. On fit alors une contre-ouverture pour l'extraction de ce dernier. La balle était déformée et avait entraîné dans son trajet l'épinglette avec sa chaîne.

Réduit, par une diète prolongée, à une faiblesse prononcée et à une émaciation extrême, B... fut sans doute redevable à cet état de la guérison d'une blessure aussi grave.

.....

B... au bout d'une année, avait repris des forces et un peu de son embonpoint, par une alimentation suffisante, lorsqu'en mars 1850, il éprouva tout-à-coup, dans la région pos-

térieure, un peu au-dessus et en avant de la cicatrice de la région lombaire, une sensation à la suite d'un effort, qui lui fit reconnaître pour la première fois l'existence d'une tumeur bien prononcée, du volume d'un petit œuf, de consistance faible quoique dépressible et réductible facilement. Elle tendait d'ailleurs à s'affaisser spontanément et à disparaître sous la seule influence d'une attitude différente, telle que le décubitus sur le côté opposé. Un médecin consulté supposa que c'était un abcès, fit mettre des cataplasmes et il était question déjà d'une ouverture avec le bistouri, lorsqu'un examen plus attentif fit reconnaître qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur purulente. Mais alors, les chirurgiens réunis en consultation, s'accordèrent sur l'existence d'une hernie.

L'un pensa qu'elle était formée par le poumon, l'autre par l'intestin et enfin le 3^e par l'épiploon.

En conséquence et quoiqu'il en fut, on appliqua sur cette hernie un bandage contentif en toile de coutil munie d'une pelote de charpie pour maintenir la réduction. Le premier effet produit par cette compression fut de provoquer des vomissements des substances alimentaires ingérées peu de temps auparavant.

Le malade se débarrassa aussitôt de ce bandage, mangea de nouveau et ne vomit plus, mais pour tromper le médecin, il se contentait de remettre le bandage en place au moment de la visite.

Une vingtaine de jours se sont passés ainsi pendant les-

quels la tumeur, sans augmenter de volume, devenait plus saillante momentanément, sous l'influence de la toux, de la défécation et des efforts.

Le malade sortit de l'hôpital et put se rendre à son travail, d'ailleurs peu pénible, en se contentant de maintenir la tumeur à peu près réduite.

Rappelé en France et envoyé à Metz, B... fut examiné à l'hôpital militaire. Les nouveaux médecins qui l'examinèrent crurent, l'un à une hernie de l'estomac, l'autre à une hernie intestinale.

Une ceinture en caoutchouc ne put être supportée sans provoquer des vomissements, le malade voulut quitter l'hôpital de Metz et entra à Paris le 1^{er} octobre 1851, au Val-de-Grâce, dont j'étais le chirurgien en chef.

Après avoir longuement interrogé cet officier sur ses antécédents que je viens d'exposer, nous procédâmes, M. Onésime Lecourte et moi, à l'examen attentif de l'état local du malade, dont l'état général était d'ailleurs satisfaisant : voici le résultat de cette exploration.

A la région épigastrique, entre la ligne blanche et le rebord des fausses côtes du côté gauche, existait une cicatrice légèrement déprimée, un peu oblique, de deux centimètres environ d'étendue, insensible à la pression, mais douloureuse parfois jusque dans la direction de l'autre cicatrice sous l'influence du changement du temps ; à la partie postérieure et latérale gauche du tronc, vers la partie externe de la région

lombaire, existe une autre cicatrice d'arme à feu, bien que l'extraction du projectile ait nécessité à ce point une courte ouverture. Cette cicatrice est encore moins douloureuse que la précédente.

Au-dessus de cette cicatrice lombaire, existe une tumeur au niveau du rebord postérieur des dernières côtes, située un peu obliquement, de forme ovalaire, excédant le volume de la moitié d'un œuf de poule, susceptible d'ailleurs par les efforts d'expulsion d'un grossissement visible et palpable.

La surface de cette tumeur est parfaitement lisse, sans aucune modification de la peau, sa consistance à la palpation superficielle est molle, dépressible et susceptible même de s'effacer entièrement. Une pression plus forte réduit non seulement la tumeur comme une hernie et la maintient réduite tant que la main reste en place, mais il semble qu'une ouverture profonde irrégulièrement arrondie, formant presque un anneau fibreux, constitue l'orifice d'un véritable canal à travers lequel un organe ferait hernie. Le doigt éprouve de plus, dans cette exploration, le contact d'une petite masse globuleuse qui semble se pelotonner et s'affaisser pour rentrer dans son ouverture. La pression par glissement perçoit mieux encore cette sensation.

Ce n'est pas cependant tout à fait la consistance pâteuse d'une épiploïte et ce n'est pas non plus la consistance élastique d'une poche d'une anse intestinale, quoiqu'on a cru sentir des gargouillements dans la tumeur.

Il n'éprouve d'ailleurs ni coliques, ni hoquets, ni envies de vomir, soit habituellement, soit lorsque la tumeur est soumise à des pressions directes.

.....

.....

De tous les renseignements qui précèdent et de l'exploration de cette tumeur, il résulte pour nous qu'il s'agit là d'un évènement d'une hernie lombaire, mais non d'une hernie de l'estomac, ni peut-être d'une hernie intestinale, tandis que ce serait plus probablement une hernie de l'épiploon avec adhérence ou pénétration partielle d'une anse intestinale.

Et Larrey conclut ainsi :

« Le développement des hernies dans les régions lombaires est dû, à part les causes traumatiques à la disposition anatomique des parties formant un espace que l'on peut désigner sous le nom de triangle de J.-L. Petit, cet espace circonscrit par le sacro-spinal et le grand dorsal ; en arrière, par le bord postérieur du grand oblique ; en avant, par la crête iliaque ; en bas, où se trouve sa partie la plus large ; cet espace a pour fond dans sa partie postérieure et dans sa moitié antérieure, les muscles du petit oblique et transverse ; ces derniers muscles étant assez minces en cet endroit, diminuent ainsi l'épaisseur des parois du ventre et favorisent la tendance des viscères abdominaux à y former une hernie par érailllement des fibres charnues et aponévrotiques.

Les hernies lombaires seraient, en effet, bien plus fréquentes.

La coïncidence de hernie lombaire avec d'autres hernies a été signalée quelque fois et je serais même porté à croire que cette hernie est susceptible de se développer secondairement à l'application fixe d'un bandage pour une autre hernie. De telle sorte que la résistance de la paroi abdominale aux efforts naturels étant plus fort, par exemple, dans l'une des régions inguinales, devient relativement plus faible dans la région lombaire correspondante.

OBSERVATION N° 30

MARQUEZ (1869), *Gazette de Strasbourg*, 1869, page 274.

Mme K..., pensionnaire de l'asile des vieillards présente à la suite d'un effort, point de côté, malaises, coliques, nausées, anxiété. On trouve du côté gauche, une tumeur molasse plus grosse que le poing. Par le taxis l'intestin se réduit, on constate la présence d'un sac épiploïque qui s'était hernié cinq ans auparavant, et n'avait produit qu'un malaise de trente jours, hernie attribuée à l'influence de la grossesse.

OBSERVATION N° 31

TREPONEL (1869) *Gazette de Strasbourg*, 1869.

Fille servante de campagne. Point de côté douloureux avec coliques, vomissements, hernie lombaire étranglée du côté droit qui a pu être réduite, mais nouvel étranglement

un an après et de nouvelle réduction. Récidive évitée depuis en portant une ceinture et en évitant les efforts.

OBSERVATION N° 32

LEVY (1869), *Gazette de Strasbourg*, 1869.

Vieille fille de campagne portant depuis longtemps dans la région lombaire, au niveau du triangle de J.-L. Petit, une hernie de la grosseur d'une pomme. Molle, très facilement réductible, jamais eu d'accidents sérieux, gêne et douleurs attribuées à un vieux lombago.

OBSERVATION N° 33

DUPLAY (1872), *Thèse Rigodin*.

V... Jeanne, 68 ans, a reçu à l'âge de 8 ans un coup dans la région lombaire gauche. Absès après six semaines qui s'ouvrit spontanément et fistules pendant six mois, puis cicatrice définitive.

A trente ans, ménage, puis cinq enfants, couches normales. Pendant le siège de Paris, elle a eu une bronchite et souffert de privations, amaigrissement considérable. La malade tousse constamment, cinq semaines après le début de la bronchite, on remarque une tumeur siégeant dans la région lombaire gauche en dedans de la cicatrice lisse, élastique, sonore à la percussion, cette tumeur est réductible sous la moindre pression et fait entendre en se réduisant un bruit

caractéristique de gargouillement que perçoivent les doigts et l'oreille.

Aucun trouble digestif.

Le 23 juin, dans sa thèse, le Docteur Rigodin dit : « nous nous sommes rendus au domicile de la veuve pour faire nous-mêmes l'examen de sa hernie, mais on nous apprit qu'elle était morte depuis une quinzaine, c'est-à-dire quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

« La voisine nous raconte que cette femme se sentit mal
« à l'aise vers les trois et quatre heures de l'après-midi et
« alla se coucher. Elle fut prise de vomissements d'abord ali-
« mentaires puis odeurs fétides. Ces vomissements durèrent
« jusqu'à onze heures du soir, heure à laquelle mourut la
« malade ».

OBSERVATION N° 34

BROCA (1872), *Thèse Rigodin*.

Breton âgé de 70 ans, bonne santé, n'ayant d'autres antécédents qu'une bronchite il y a deux ans, deux hernies inguinales droite et gauche survenues toutes les deux il y a vingt-cinq ans à la suite d'un effort, bandage à double pelotes, ulcères variqueux aux jambes. Pas de hernies chez les antécédents.

Le 2 juin 1872, chute en descendant l'escalier de sa maison, sa région lombaire porta sur l'angle d'une marche.

Le 3 juin, le malade sentit avec sa main, et sa femme

constata par la vue et le toucher une petite tumeur à l'endroit même qui a porté dans la chute, trois jours après, il entre dans le service de Broca. Examen le 9 juin 1872.

Au niveau de la région lombaire gauche, on trouve une petite tumeur ovoïde, assez semblable à un œuf de poule et dont le grand axe est transversal.

Cette tumeur siège à 4 centimètres et demi des apophyses épineuses à peu près au milieu de l'espace ilio-costal, qui mesure chez cet homme un centimètre de haut, mais plus près des côtes au niveau de l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire et à 14 centimètres 5 de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le grand diamètre de la tumeur est de 7 centimètres, le petit de 4, la peau est normale.

Tumeur à peu près molle, élastique. Réduction possible. Impulsion à la toux. Tumeur indolore, mais la partie située au-dessous et surtout le rebord de la crête iliaque, qui a porté dans la chute, est très sensible. Pas de coliques, ni nausées. ni vomissements, selles régulières, appétit diminué.

Après moulage, M. Broca lui a fait donner une ceinture de cuir ordinaire, bouclée, mais sans pelote. La malade a repris le travail le 18 juin. Nous « Rigodin » avons revu Breton le 14 juillet, la tumeur a diminué un peu en surface et en saillie. Elle est indolente, mais le point immédiatement au-dessous est toujours douloureux.

Diagnostic porté : hernie musculaire. Appareil contentif, 3 mois après la tumeur avait augmenté et se réduisait par la

pression, on sentait le bord aponévrotique de l'anneau. Il s'agissait d'une hernie lombaire.

OBSERVATION N° 35

BRAUM (1878). Religieux de 33 ans, admis à l'hôpital le 13 février 1878: mal de pott dont la gibbosité correspondait à la 11^e et à la 12^e vertèbres dorsales et dont le premier signe fut un abcès dans chacune des deux régions lombaires, survenu à l'âge de 19 ans. Ces deux abcès furent incisés et les deux fistules suppuraient toujours au moment de l'examen, à 33 ans; en outre, depuis deux ans, le patient avait remarqué dans la région lombaire gauche une tuméfaction molle qui était sonore à la percussion; réductible avec gargouillement, à travers un orifice à bords nets et qui admettait l'extrémité de deux doigts. Par la toux la hernie redescendait; à la suite du repos au lit, la hernie guérissait spontanément. On sentait seulement, dans la paroi abdominale, un orifice qui devenait de plus en plus petit. Mort de cachexie, à l'autopsie on constate que le triangle de J.-L. Petit n'existe pas, le grand oblique et le grand dorsal, étant en contact l'un de l'autre.

Mais on trouve un orifice de 2 cm. 8 sur 0 cm. 6 creusé au milieu des fibres aponévrotiques du grand dorsal. Cet orifice se prolongeait par un trajet qui, à travers les muscles obliques et transverses conduisait au tissu cellulaire, lâche, qui se trouvait en arrière et autour du côlon descendant. On trouve une

disposition absolument identique à droite où il n'y avait pas de hernie. Braum suppose que l'abcès et la hernie ont traversé un des orifices par où, normalement, l'aponévrose du grand dorsal laisse passer les nerfs fessiers supérieurs issus des branches postérieures des 2^e et 3^e nerfs lombaires.

OBSERVATION N° 36

CAMPBELL (1874). Enfant de 4 ans, amené le 22 novembre 1873 pour le traitement d'un abcès — comme disait son père. L'enfant était atteint depuis deux ans d'un mal de pott. 18 mois auparavant, un abcès situé au côté gauche des lombes, entre la crête iliaque et la dernière côte, avait été incisé par un chirurgien. Beaucoup de pus s'écoula et la fistule ne se ferma que le 7 mai 1873. Un mois après cette fermeture, une autre tumeur apparaît. Le père de l'enfant croyait que c'était un nouvel abcès à ouvrir. Cambell reconnaît une hernie située en haut du triangle de J.-L. Petit, sonore à la percussion, réductible avec gargouillements, réapparaissant par la toux et les efforts : traitement, compresses et bandage.

OBSERVATION N° 37

COZE (1874). Pierre R... présente dans la région lombaire droite une hernie de la grosseur de la moitié d'un œuf de poule, à grand axe vertical, réductible; malgré un bandage contentif, la hernie a augmenté. Elle arrive à former une tu-

meur occupant l'espace compris entre les fausses côtes et la crête iliaque.

COZE (1874). D... Justin, entre à l'hôpital militaire de Perpignan, le 29 juillet 1871, porteur d'une petite tumeur dans la région lombaire droite, tumeur qui, à son dire, date d'une quinzaine de jours; elle s'est produite sans cause appréciable et est située vers le sommet du triangle de J.-L. Petit. Cette tumeur oblongue dans le sens vertical, mesure 6 centimètres sur 4; la tumeur, qui n'augmente pas pendant l'effort, est réductible par le décubitus latéral gauche, mais la réduction ne se maintient pas.

OBSERVATION N° 38

BRAUM (1878). Homme de 24 ans, présentait une tumeur du côté droit, une hernie sortant par une ouverture formée par la nécrose d'une portion de la crête iliaque, aisément réductible, contenant du côlon ascendant.

OBSERVATION N° 39

MACKOSKI (1879). Séraphine M..., 20 ans, grosse de 8 mois. Primipare. Examen : tumeur environ grosse comme deux poings, siégeant sur la crête iliaque droite, en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure, cette tumeur est évidemment une hernie.

Séraphine M... fit une chute dans l'enfance, sur la place : fracture de l'os iliaque droit, abcès consécutif qui fut ouvert

la première fois par un médecin et deux autres fois spontanément, cicatrice visible ; à cet abcès succéda une tumeur qui tantôt grossit, tantôt diminua, suivant que la patiente était debout ou assise. Cette tumeur qui, au début, était comme une noix, augmenta peu à peu. Elle resta toujours réductible. La patiente la réduit elle-même. Ces derniers temps, elle donnait un bruit particulier de gargouillement que la patiente affirme avoir toujours constaté.

L'accouchement se fit normalement.

Séraphine M... vint en juillet 1888 à la Polyclinique chirurgicale de Strasbourg où, après l'avoir admise, on lui plaça un suspensoir qu'elle porte ; depuis, elle se porte bien.

OBSERVATION N° 40

GOISELIN (1881). Homme de 50 ans ,cocher, a une scoliose droite ayant apparu vers l'âge de 15 ans. Depuis 5 à 6 mois, le malade est tourmenté par un gonflement douloureux situé dans la région lombaire gauche, entre la crête iliaque et les fausses côtes, en dehors de la masse sacro-lombaire.

Tumeur de la grosseur d'une petite mandarine et qui augmente pendant l'effort et la toux, se réduit par la compression le malade étant assis et au repos.

Il s'agit d'un lipôme herniaire formé probablement par la sortie d'un peloton adipeux de l'atmosphère graisseuse du rein et qui a entraîné un peu de péritoïne.

Dans ce sac vient se loger une certaine quantité d'intestins donnant lieu aux phénomènes observés.

L'apparition de cette hernie est favorisée par la disposition anatomique du triangle de Petit, au niveau duquel la paroi n'est constituée que par une toile musculo-aponévrotique assez mince, quelque fois par des fibres un peu éraillées du carré des lombes unies à l'aponévrose des transverses.

OBSERVATION N° 41

MACREADI (1884). Un homme de 54 ans vient, en 1884, à la Strumb Société avec une tumeur au-dessus du triangle de J.-L. Petit, du volume d'une noix verte, elle augmente par la toux mais n'était pas réductible et dès lors, comme l'orifice ne peut être examiné, il y a doute s'il s'agit d'une hernie ou d'un lipôme.

Il avait aussi une hernie inguinale gauche.

OBSERVATION N° 42

DUMESNIL ET BRUSSON (1885). Homme de 61 ans, entre dans l'hospice général de Rouen pour tumeur de la région lombaire, consécutive à un effort brusque que le malade fit pendant qu'on l'examinait à Cochin pour son emphysème pulmonaire.

C'est par hasard qu'il s'aperçut de cette tumeur. En 1885, la tumeur avait la grosseur d'une noisette, dans la région lombaire gauche. En 1891, volume d'une mandarine, tumeur ré-

ductible. impulsion à la toux. Adhérences aux parties profondes probables, pas de douleurs ni de signes digestifs, le malade refuse la cure radicale et se contente de bandage.

OBSERVATION N° 43

WOLF (1888). Enfant de deux à trois ans ,présentant une gibbosité pottique des deuxième et troisième lombaires, avec abcès de la région lombaire gauche. Cet abcès fut curetté en juin 1884. Vers Noël 1886, nouveau curettage. En juillet 1885 on constate une fistule et au-dessus et en arrière d'elle, au niveau du triangle de Petit, une hernie réductible avec gargouillement, sortant par un orifice de la largeur d'un crayon.

La fistule était fermée depuis l'hiver 1887.

OBSERVATION N° 44

OWEN (1888). Enfant de 5 ans qui, en septembre 1886, est tombé d'une hauteur de 6 marches et se plaint ensuite d'une douleur au bas des reins. En décembre suivant, un abcès s'ouvrit en-dessous de l'os iliaque gauche. Il en résulte une fistule qui mit trois mois à se fermer.

En octobre 1887, on trouva que le dos était raide et que, tandis que la région dorsale était extraordinairement droite, quelques apophyses épineuses lombaires étaient proéminentes.

Il existait, au niveau du triangle de Petit, une hernie sonore à la percussion, réductible par un orifice large comme l'extrémité du pouce et expansible au moindre effort. Le 18

janvier 1888, opération ; le sac qu'on n'ouvre pas est repoussé dans le ventre avec son contenu, on suture les bords du grand dorsal et du grand oblique. Au moment de la publication, la hernie était restée guérie.

OBSERVATION N° 45

BAYER (1888). Olga Michoski, 6 ans, entre à l'ambulance des Enfants de François-Joseph de Prague, pour tumeur siégeant dans la région lombaire droite, que la mère avait découverte par hasard en découvrant l'enfant quelques jours auparavant. Dans un hôpital de Vienne, l'enfant fut soignée pour un abcès de la région lombaire droite du volume du poing, qui avait été ouvert.

A l'examen : Tumeur circonscrite située dans la moitié du bord supérieur de la région lombaire droite et recouverte d'une peau normale. Cicatrice de l'abcès visible, lisse, mobile avec la peau. Tumeur réductible molle, élastique, pas de gargouillements ; sur le bord costal, on trouve une dépression profonde en forme d'entonnoir, à travers laquelle la tumeur reparaît quand la pression cesse.

Tympanisme ; impulsion à la toux.

A la palpation pendant la toux, on sent la poussée d'un corps rond et ferme que l'on ne peut exactement saisir, ni limiter dans la profondeur, et qui échappe au palper à l'état de repos ; après réduction, à la palpation, on reconnaît le rhombus de Lessbraff.

Dans la profondeur, on peut facilement insinuer la pulpe de l'index, entre le bord palpable obliquement dirigé en arrière et en bas, en haut et en avant du petit dentelé et de l'oblique interne, sous le bord inférieur de la 12^e côte.

Diagnostic : Hernie lombaire dont le contenu était surtout de l'intestin et dans certaines circonstances une partie du rein droit. J'ordonnai le port d'un bandage consistant en une large ceinture élastique portant une petite pelote molle. Je revis l'enfant le 21 juillet. Elle a toujours porté son bandage et s'en trouve bien.

OBSERVATION N° 46

HUTCHINSON (1889). H..., 35 ans, porteur d'une hernie graisseuse contenant de l'intestin provenant de la partie la plus supérieure du triangle de Petit, facilement réductible.

OBSERVATION N° 47

HUME G.-H. (1889) H..., 68 ans, porteur d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant, occupant la région lombaire gauche entre la crête iliaque et la 12^e côte, présentant depuis deux jours des symptômes d'étranglement. L'opération était urgente, le sujet n'y consentit que le lendemain. Incision des téguments et du grand dorsal de la dernière côte à la crête iliaque. Le sac contenait une partie de l'intestin, presque gangrenée, sur une longueur de 13 centimètres. Points de suture de Lambert à la soie, intestin rentré, sac attiré au-dehors, coupé près du collet après ligature au catgut.

Mort 22 heures après l'opération, la hernie avait commencé au niveau du carré des lombes et avait refoulé et non traversé le grand dorsal.

La rupture ne semblait pas s'être faite à travers le triangle de Petit, comme c'est l'habitude dans les hernies lombaires.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 48

J. APPERSON (1890). Femme de 63 ans portant à la région lombaire droite une hernie de la grosseur d'une tasse à thé, quelques signes d'étranglement, mais la hernie fut rapidement réduite et maintenue par un bandage compressif. La femme était faible et avait des parois abdominales flasques, par suite des grossesses. La pression en haut, en arrière et en dedans obtenait la réduction. Jamais de blessures.

OBSERVATION N° 49

MACREADY (1890). En 1882, un jeune homme de 16 ans se présenta de lui-même à la Société Herniaire et y a été souvent vu depuis lors. Aussitôt après sa naissance, on remarqua sur le côté droit une tumeur pour laquelle une ceinture fut portée pendant 6 mois. La tumeur était alors disparue, mais elle réapparut de nouveau lorsque l'enfant commença à travailler comme apprenti, quelques mois après sa visite à la Société.

Il avait alors une hernie du volume d'une grosse orange. Elle était facilement réductible et sortait par un orifice situé immédiatement en dessous et en avant de l'extrémité de la 12^e côte. On lui plaça un bandage spécial et en 1884, il n'avait plus de hernie.

Lorsqu'on l'examina en 1890, on ne put sentir aucun orifice mais la partie de l'oblique externe qui s'insère sur la 12^e côte paraissait être absente sur une longueur d'un pouce à un pouce et demi. Il y avait un remarquable contraste avec la partie correspondante du côté gauche.

OBSERVATION N° 50

MACRÉADY (1890). Au 5^e mois de sa grossesse, une femme suivait, dans un escalier, un homme ivre qui la fit chanceler et tomber en bas de l'escalier.

L'enfant naquit à terme en présentation des fesses.

Il avait une petite anomalie du cœur, des pieds bots et une malformation des muscles de la paroi abdominale. Il a actuellement 17 ans et travaille chez un imprimeur. Lorsque son abdomen est au repos, même dans la position verticale, on n'y remarque rien. Lorsqu'il fait un effort d'expulsion ou tout autre, une tumeur apparaît dans chaque flanc. La tumeur droite est la plus large et occupe l'espace situé entre l'arc costal et la crête iliaque, depuis le bord de la masse commune jusqu'à la ligne semi-lunaire.

La tumeur est un peu aplatie et saillante d'un pouce et

de mi à deux pouces au-dessous de la paroi abdominale sur le côté gauche, le contour de la tumeur est circulaire et sur le côté droit quasi ovale.

Les muscles de la paroi abdominale, au niveau de la tumeur, semblent manquer de telle sorte que l'on saisit le flanc entre les doigts et le pouce. La paroi semble membraneuse, si l'on examine soigneusement au repos on découvre sous la peau, entourant une zone malformée, un bord courbe tranchant mais mince donnant l'impression qu'une ou plusieurs lames constitutrices de la paroi abdominale font défaut. Le segment postérieur de ce bord tranchant et courbe correspond à une ligne verticale passant par l'extrémité de la 10^e côte. Cette ligne marque donc la limite postérieure de la hernie du côté gauche. Mais du côté droit la paroi abdominale, en dehors de l'espace défectueux, bouche tout à fait jusqu'au bord de la masse commune.

OBSERVATION N° 51

MACREADY (1890). H..., 54 ans, présentant du côté gauche une hernie lombaire de la grosseur d'un marron d'Inde sortant par le triangle de Petit.

MACRED (1890). H..., 30 ans, porteur du côté droit d'une hernie de la grosseur de la tête d'un enfant au niveau du triangle de Petit, hernie survenue après une journée de travail, réduite incomplètement. Mort.

OBSERVATION N° 52

MASTIN (1890). Géo H... fut apporté à l'âge de deux mois dans mon service afin d'avoir mon opinion et mon traitement. La grand'mère me disait qu'il y avait une grosse loupe sur le côté gauche de l'enfant. Ayant reconnu de suite la hernie je déconseillai toute intervention chirurgicale et conseillai l'usage d'un bandage contentif. Le seul traitement possible, un bandage contentif fut appliqué, mais l'ennui de le réajuster sans cesse, fit que la mère négligeait d'en user et l'enfant fut laissé libre sans autre soutien que celui d'un linge constituant le maillot remontant dans le dos et sur côté plus haut que de coutume.

Un an après les parents quittèrent l'Alabama pour venir résider au Texas... et depuis lors j'ai eu l'occasion de revoir et d'examiner l'enfant. A la palpation, on reconnut que le contenu du sac est le côlon descendant avec une grande quantité d'anses grêles. Je ne puis affirmer s'il y a ou non de l'épiploon, bien que la hernie paraît être sous la peau et le fascia transversal, sans qu'on trouve par dessus la couche musculaire.

Autant que je puisse le déterminer par un examen sur le vivant, le grand dorsal et le carré des lombes, manquent dans ce point ou s'ils sont présents, ils sont seulement rudimentaires. Le bord extérieur de l'orifice herniaire est au contact de l'apophyse transverse des vertèbres et en est seulement séparée par une branche musculaire qui est très pro-

bablement la masse sacro-lombaire puisque je ne puis découvrir trace du carré des lombes, ni du grand dorsal. Ce ne peut être autre chose. Le côté intérieur est limité par l'oblique, mais je suis incapable de sentir le bord net de ce muscle, parce que toute la paroi abdominale du côté gauche est mince et atrophiée. La crête iliaque apporte le bord inférieur de la hernie. Il existe, en outre, une hernie inguinale directe très distincte du côté gauche, mais rien à droite.

Pendant plus de quatre ans, il n'a été fait usage d'aucun soutien et l'enfant ne s'est ménagé en rien en actions. Il gamine, grimpe, court et joue comme les autres enfants de son âge et n'éprouve aucun inconvénient quelconque du fait de sa difformité.

C'est un très bel enfant et, selon toutes les apparences, il jouit d'une parfaite santé.

La mère m'apprend que deux heures après un repas copieux et quand surtout il prend de la soupe et d'autres liquides, la hernie augmente de volume et se tend.

Alors le petit bonhomme la pétrit avec ses mains et bientôt elle s'affaisse et reprend, sa forme, son volume et son aspect habituel. Cet accroissement et cet affaissement après les repas indiqueraient que la masse de la hernie est surtout composée des anses grêles.

OBSERVATION N° 53

J.-W. CURIER (1890). F..., 70 ans, hernie d'une largeur

de dix-neuf pouces à droite entre la crête iliaque et les fausses-côtes; réductible, guérison.

OBSERVATION N° 54

KINDGON (1890). H..., 66 ans observé par Kindgon en 1862, porteur d'une hernie lombaire du côté gauche au niveau du triangle de Petit, survenue à la suite d'un effort. Guérison.

OBSERVATION N° 55

MACREADY (1891). En 1891, un jardinier de 47 ans. raconta qu'il avait, depuis trois mois, remarqué sur le côté gauche de l'abdomen une tumeur lorsqu'il soulevait des poids. Cette tumeur avait la grosseur d'un œuf de poule et provoquait une douleur écœurante qui rendait le travail impossible, la pointe de la hernie était au niveau de la pointe de la onzième côte gauche, au moment de la toux, on sentait une légère protusion qui donnait sensation de crépitation à la pression.

OBSERVATION N° 56

O. WYSS (1892). Le 5 octobre 1891 fut apporté à l'hôpital des Enfants de Zurich, un enfant de dix mois, qui outre une série de malformations et d'absences d'organes, présentait une hernie de la région latérale droite de l'abdomen, entre les côtes et la crête iliaque.

Le petit patient n'avait aucune affection héréditaire constatable, nourri au sein; pendant quelques mois, il fut mis au

lait de vache et dut être traité dès ce jour à cause de la constipation, avec des médicaments. Le patient n'a eu aucune maladie. Toutes ces malformations, très nombreuses, ont été constatées à la naissance.

Le 28 octobre, l'enfant fut placé à la clinique pédiatrique de Zurich et nous étudiâmes la hernie qu'il avait à droite.

Celle-ci constituait une tumeur dans la région latérale droite de l'abdomen, entre la crête iliaque et les côtes, dont le volume était celui d'une nêfle.

Immédiatement sur le bord de la dernière côte, exactement entre les lignes axillaires antérieures et postérieures, elle faisait saillie lors des crises. La station assise surtout lorsqu'on saisissait l'enfant sous les bras pour le soulever dans le décubitus dorsal; au contraire, elle disparaissait complètement tant que la respiration était tranquille et que la pression intra-abdominale n'entraînait pas en jeu.

La tumeur était molle, élastique, elle disparaissait sous la pression des doigts, et on avait alors la sensation très nette qu'un organe à contenu gazeux rentrait dans le centre. La percussion de la tumeur donnait un son clair tympanique.

Le doigt explorateur pouvait sous la dernière côte tout à fait latéralement entre les deux lignes axillaires antérieure et postérieure, sentir à travers la peau un peu lâche dans la paroi abdominale, une lacune, un trou dans lequel pénétrait l'extrémité de la phalange en général. Ce trou était limité en haut par le bord de la dernière côte, en bas par des parties

molles, dépressibles, en arrière et en avant par une masse musculaire, tendue, épaisse et forte qui était dirigée perpendiculairement de haut en bas et s'étendait en bas sous forme d'une nappe musculaire interrompue jusqu'aux vertèbres.

En bas, on ne pouvait toucher la crête iliaque, mais il y avait là, pour fermer la brèche, des parties molles, lâches.

Dans la profondeur, on ne pouvait rentrer aucun organe. Si on enlevait le doigt explorateur, l'intestin faisait de nouveau issue par l'orifice.

Qu'il s'agisse d'une hernie cela n'est pas douteux, car la tumeur et la brèche se trouvaient sous la paroi abdominale comme une hernie ombilicale de la même grosseur, et son anneau comme une hernie de la ligne blanche, avec cette différence seulement que les bords de l'anneau n'étaient pas aussi réguliers, durs et fermes que dans ces hernies, mais étaient mous en avant et en bas et fermes en haut et en arrière.

Du reste, l'abdomen ne montrait rien d'anormal, abstraction faite de la hernie scrotale grosse comme une pomme.

Le foie et la rate étaient en de bonnes positions non augmentés de volume. La percussion et l'auscultation des viscères thoraciques m'apparurent normales.

Je portai le diagnostic de la hernie lombaire congénitale et j'insistai sur la très grande rareté de cette affection. Comme chez notre patient on sentait en haut très évidemment la dernière côte et en arrière un ventre musculaire ferme, épais, ayant une direction verticale; tout autre observateur aussi

bien que moi aurait diagnostiqué être le muscle érecteur du tronc et le carré des lombes, il me parut plus légitime. d'admettre que la hernie était dans le trigone lombaire supérieur de Lesshaft et je m'arrêtai au diagnostic de hernie lombaire supérieure.

Néanmoins, je ne cachai pas à mes élèves que ce diagnostic ne me satisfaisait pas complètement. En particulier, je me suis fait l'objection, et je la fis ressortir dans la clinique, qu'une hernie émergeant sur le point faible de Lesshaft, devait siéger plus en arrière et dans le dos. Mais, comme la hernie était directement en avant de la masse musculaire, que je diagnostiquai être le muscle érecteur du tronc et le carré des lombes, je ne trouvai aucune explication à ce signe et je restai à cette idée.

OBSERVATION N° 57

TUCKER (1893). Mme D..., 35 ans, femme de ménage, mariée depuis deux ans, mère de quatre enfants; est observée pour la première fois depuis 1891.

Sept ans auparavant, elle fut opérée d'une tumeur des parois abdominales. Peu de temps après sa guérison, elle fut enceinte et pendant la grossesse elle remarqua une tumeur dans son côté droit entre les fausses-côtes et la crête iliaque. Elle consulta alors et on lui appliqua un bandage qui n'amena pas d'amélioration. Après avoir accouché à terme, la tumeur augmenta, elle consulta une deuxième fois. Un nouveau bandage

appliqué ne fit pas disparaître la tumeur. On fit alors une application de teinture d'iode. La malade se résigna à ne plus rien faire, mais la tumeur prenait un développement tel, que la vie était devenue pour elle un fardeau. Elle supplia qu'on la débarrasse consentant pour cela à tout.

Examinée seulement debout, on trouve une masse s'étendant en largeur de l'ombilic à une ligne abaissée du creux axillaire au milieu de la crête iliaque et descendant à trois pouces au-dessus du genou droit. Tumeur bosselée non fluctuante, molle, pas de tympanisme. Cette tumeur était très mobile sous la peau et pouvait être remontée sur l'abdomen.

Cette femme fut perdue de vue pendant quelque temps, puis elle se présenta à un dispensaire Nord-Ouest, à Tucker, lui réclamant à tout prix une opération. Elle fut envoyée à Sainte-Elisabeth, ce n'est que la veille de l'opération que la malade fut examinée dans le décubitus dorsal, par les Docteurs Prior et Tucker. Une portion de la tumeur pouvait être réduite et par la percussion on obtenait un tympanisme très net.

Opération le 25 février. Ether. Quelques masses de l'épiploon constituant les bosselures de la tumeur furent enlevées. L'intestin libéré put rentrer par l'anneau du canal inguinal.

On arrivait bientôt à une masse plus large qui est de l'estomac et on trouve la tête du côlon. Le tout peut rentrer par une ouverture de six à huit pouces de longueur, allant des

fausses-côtes à la crête iliaque et admettant aisément la main entière.

Les organes sont remis dans leur situation normale. Pas de tumeur interne, ayant pû causer un tel déplacement. Section du sac qui mesure douze pouces sur huit. Reconstitution d'un fascia au moyen de l'épiploon, suture à la soie et au fil d'argent, guérison par première intention. Application d'un bandage approprié le long de la ligne d'incision avec une pelote du à l'anneau interne du canal inguinal.

L'intérêt de cette observation est :

- 1° Qu'il y a double hernie lombaire et inguinale ;
- 2° Le contenu du sac : tout le grêle, le cæcum, une portion du côlon ascendant et de l'estomac ;
- 3° Le grand développement de l'estomac jusqu'au dessous de la crête iliaque droite ;
- 4° La grande élongation de l'œsophage nécessitée par ce déplacement ;
- 5° L'absence complète des troubles digestifs avec un déplacement des organes ;
- 6° La méthode employée pour reconstituer un fascia transversalisé.

OBSERVATION N° 58

GALLOVAY (1895). W.-M. R..., engagé dans l'armée de l'Union, le 3 août 1862, a été congédié le 9 juin 1865.

Non valide lors de son engagement. Peu de temps après

une marche, son ceinturon tomba, le fourreau de sa baïonnette frotta sur le côté gauche au point exact où la hernie lombaire d'aujourd'hui se localisa.

Aussitôt après, vive douleur dans l'épine au coccyx. Depuis ce temps, incapable de faire aucun service. Lorsqu'il fut congédié, la tumeur avait environ le volume d'un œuf de perdrix. Elle a progressivement grossi jusqu'à atteindre les dimensions actuelles de cinq pouces sur deux. Depuis douze ans, incontinence d'urine qui existe encore. Durant l'année dernière, une hernie abdominale de la région gastrique est apparue. Un bandage la maintient. Le sujet a des signes nerveux réguliers qu'il dit être d'origine récente. Lorsqu'il marche, il court dans une direction, puis il tourne involontairement, se dirige dans une direction opposée, et continue jusqu'à ce qu'il puisse s'accrocher à un objet fixe. Il s'arrête alors, tourne autour et reprend sa direction primitive. Mais il n'éprouve pas de douleur spinale. Bandage pour la hernie lombaire, le malade est émacié et pèse cent trente livres.

OBSERVATION N° 59

P. BERGE (1895). Hernie lombaire développée chez un scoliotique et occupant tout l'espace très resserré entre la crête iliaque et les fausses-côtes.

OBSERVATION N° 60

P. BERGE (1895). Double hernie lombaire observée chez

une petite fille, procédant manifestement d'une insuffisance congénitale des muscles de la région lombaire.

OBSERVATION N° 61

COLEY (1895). Enfant de neuf mois, opéré l'an dernier par le Docteur N.-T. Bull. La tumeur était au voisinage du triangle de J.-L. Petit. On pensa avoir affaire à une hernie lombaire vraie. Le sac fut ouvert et entièrement enlevé et la plaie fut fermée par des points de suture avec du tendon de kangourou pour les parties profondes et des catguts pour la peau. Pas de récurrence depuis un an.

OBSERVATION N° 62

GALLAC (1898). Hernie lombaire chez un soldat. Il racontait qu'étant en train de charger du fourrage, il voulut sauter du haut du char. Douleurs violentes à ce moment et apparition d'une tumeur, sur le moment au niveau de la région lombaire. Le volume de cette tumeur était comme celui d'un œuf de poule, réductible, mais douloureuse au toucher.

OBSERVATION N° 63

JEANNEL (1902). S... Gabriel, garçon de quatre mois, parents bien portants, frères et sœurs exempts de malformations, la mère a fait deux fausses-couches de causes inconnues, pas de syphilis, ni de tuberculose. L'enfant est né à terme à la suite d'une grossesse absolument normale. Après la naissance, on remarqua une tumeur dans la région lom-

baire droite, du volume d'un œuf de poulette, juste en dehors des muscles spinaux. Cette tumeur est sonore à la percussion, réductible, augmentant par les efforts, diminuant par le repos. Le Docteur Souville, reconnut être une hernie qu'il localisa dans les triangles de Petit. Un bandage appliqué ne donna aucun résultat. Pensant à une intervention possible, M. Souville, m'envoya l'enfant. C'est un gros poupon, chez qui, les digestions sont relativement bonnes. Il n'existe aucune autre malformation comme le poing puriforme, à deux lobes superposés, séparés par un sillon horizontal, et dont les limites sont : en haut l'angle de la neuvième et dixième côtes dans la ligne des apophyses épineuses lombaires, en bas la ligne passant à deux centimètres en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Quelle que soit la position, les cris de l'enfant accroissent et distendent la tumeur. La peau est souple, non altérée, un peu mince. Elle présente cà-et-là des cicatrices d'excoriations dues au port de bandage. La tumeur est sonore à la percussion. Cependant à la palpation on y trouve des anses intestinales et des masses d'épiloön. On reconnaît aussi à la palpation et même on saisit de temps en temps un corps qui sans aucun doute est le rein droit mobile. Lorsqu'on place l'enfant sur le côté gauche et qu'on obtient qu'il ne crie pas, la tumeur est facilement et entièrement réductible ; mais elle est incoercible dès que l'enfant fait un effort et crie. Après réduction, on sent un orifice de forme ovale dans lequel on

peut introduire les quatre doigts de la main. Cet orifice ovale est verticalement dérigé; au bout supérieur, on reconnaît facilement la douzième côte, au bout supérieur plus large, la crête iliaque. Le bord interne est formé par le rebord musculaire très épais formant une ligne mousse, au-dessous de laquelle les doigts atteignent directement les lignes des apophyses transverses des vertèbres lombaires. Le bord externe sans consistance est dépressible, on y devine l'existence des obliques. La colonne vertébrale est normale. La ligne des apophyses épineuses est régulière. Il n'y a pas de scoliose. Les côtés sont normaux, il n'y a aucune dissemblance apparente entre le côté droit et le gauche. Le diagnostic de hernie lombaire congénitale n'est pas discutable. L'incoercibilité de la hernie par un bandage d'une part, une profonde conviction des avantages de la cure radicale de toutes hernies même coercibles d'autre part, furent les deux raisons qui me firent conseiller l'opération. J'opérai l'enfant le 10 avril 1901.

Opération. — Chloroforme. Décubitus latéral gauche sur un coussin faisant saillir la région lombaire comme dans les opérations sur le rein. Incision à convexité postéro-interne partant de la pointe supérieure de la tumeur, la contournant dans ses limites internes et inférieures, et finissant au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, dessinant un lambeau à base supéro-interne, que l'on relève en dehors et en haut vers l'ombilic par une dissection comprenant la peau et le fascia sous-cutané. Le sac de la hernie est ainsi découvert.

Avec les doigts et les ciseaux courbes on le dissèque de manière à mettre à nu tout le pourtour de l'orifice herniaire. En haut, je trouve le bord du grand dorsal, en dedans, je dénude la masse commune recouverte du tendon aponévrotique du grand dorsal jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure. La masse commune semble moins épaisse que normalement. Je touche les apophyses épineuses des vertèbres lombaires. En bas, la crête iliaque inférieure sur laquelle je ne trouve d'insertion musculaire qu'à environ deux ou trois centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. En dehors, le bord de l'anneau est constitué par une couche musculaire mélangée de graisse et de tissus fibreux dans lesquels on peut reconnaître le grand et le petit oblique et le transverse, les bords de l'anneau sont peu précis, cependant la paroi va en s'épaississant au fur et à mesure qu'on s'éloigne vers la ligne blanche. Cette paroi et ce bord externe de l'orifice sont mobilisables en arrière vers le bord interne.

Je refoule une masse dans l'abdomen sans l'ouvrir, d'abord parce que dans la paroi du sac, il me semble apercevoir le côlon ascendant adhérent, et ensuite parce que la résection du sac, totale ou partielle, me paraît dans ce cas particulier, inutile.

Donc je réduis le sac et je le maintiens réduit au moyen d'une compresse et je suture de haut en bas au moyen de deux surjets au catgut superposés, le bord interne de la masse

commune et au tendon du grand dorsal et même au bord inférieur du périoste et aponévrose fessier.

La suture métallique au fil de bronze fut faite pour réunir les deux lèvres de la plaie cutanée. Les suites opératoires furent heureuses, cependant un petit abcès s'ouvrit au milieu de l'incision et donna issue à une cuillerée de pus contenant un fil et un gros nœud de catgut. A cela près, rien ne vint troubler la guérison qui était complète le 10 mai. Les résultats éloignés furent heureux, l'enfant fut revu en février 1902.

OBSERVATION N° 64

DUMOULIN (1903). Hernie lombaire dans l'espace de Grunfeldt-Lesshaft chez un homme de 47 ans, maçon qui, à la suite d'un effort violent fait six mois auparavant, avait éprouvé une douleur de la région lombaire et en même temps qu'il constatait par la palpation la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule. Il n'y eut jamais de signes d'étranglement, mais des douleurs vives chaque fois que le malade faisait un effort.

L'examen révèle à la partie supérieure de la région lombaire droite dans l'angle costo-vertébral une tumeur du volume d'un œuf de poule, lobulée, crépitante, quand elle se réduit. Augmentant de volume sous l'influence de la toux et des efforts. Ce qui nous fait porter le diagnostic de lipome crépitant de la région lombaire. La réductibilité partielle de la tumeur nous fait penser que ce lipome vient de la profon-

deur de l'abdomen. L'opération montre qu'il s'agit d'un lipome en partie réductible, développé au dépens de la capsule ceilulo-graisseuse du rein et faisant saillie dans la région lombaire par un trou de l'aponévrose comprise dans l'aire du triangle de Gryfeldt-Lesshaft.

OBSERVATION N° 65

C. CLAEYS (1907). Lec... Raymonde, deux ans, entre au Sanatorium de Saint-Paul-sur-Mer, le 26 octobre 1907. Elle présente un mal de Pott dorso-lombaire, avec un volumineux abcès faisant saillie à gauche de la colonne, entre les dernières côtes et la crête iliaque.

Le 31 octobre, on ponctionne cet abcès.

Le 9 novembre 1907, il fistulise.

Le 2 août 1908, la fistule venant de se fermer depuis peu on constate dans la même région, une nouvelle tuméfaction, qu'on prend d'abord pour un nouvel abcès. Le Docteur Bachmann, médecin assistant de service, s'apprêtait même à ponctionner cette tumeur, quand il reconnut que celle-ci se réduisait dans l'abdomen, et était sonore à la percussion. Bref, il reconnut une hernie lombaire.

Le 6 mai 1909, un véritable abcès cette fois-ci, étant apparu à côté de la hernie, on l'incise d'un coup de pointe de bistouri et il s'en écoule une grande quantité de pus.

Le 30 juillet 1909, cette seconde fistule est fermée.

Le 19 août 1910, je vois l'enfant pour la première fois,

les malades de Saint-Paul ayant été transférés à l'hôpital Maritime de Zuydcoote, on a pas de peine à reconnaître l'existence d'un mal de Pott, paraissant d'ailleurs guéri. Il existe une forte gibbosité médiane, d'un angle d'inclination de quarante degrés environ, et comprenant les deux dernières vertèbres dorsales et les trois premières lombaires. Toute cette région est d'une raideur absolue. L'enfant a la démarche et les déformations typiques d'un mal de Pott. Les fosses iliaques sont libres, aucune collection fluctuante aux lombes. On voit deux cicatrices de fistule sur les téguments qui recouvre la région lombaire gauche. La première est située très peu au-dessus de la crête iliaque, à la partie inférieure du bord externe de la masse commune des muscles spinaux. La seconde celle-ci cicatrice opératoire, siège un peu au-dessus, en dehors de la première.

En avant de ces cicatrices, on voit une tuméfaction régulièrement arrondie, du volume d'une petite mandarine et située au niveau de la crête iliaque. On remarque tout de suite que l'on voit cette tumeur augmenter de volume à chaque inspiration.

A la palpation, cette tuméfaction est régulièrement arrondie. On n'y sent aucune lobulation. Sans grand effort, on réduit le contenu à l'intérieur du ventre. Cette réduction se fait chaque fois avec un gargouillement qu'on entend à distance.

La tumeur est sonore à la percussion. Une fois la hernie

réduite, on peut en déprimant les téguments, introduire la pulpe de l'index dans un orifice qu'on sent nettement au-dessus de la crête iliaque, immédiatement en dehors de la masse des muscles sacro-lombaires. Les limites antérieures et supérieures de cet orifice sont indécises. D'ailleurs, comme chez tout Pottique dorso-lombaire, la hauteur de l'espace iléo-costal est très diminué.

La hernie existe quand l'enfant est debout, ou couché sur le dos, ou sur le côté gauche. Elle se tend au moindre effort, à la toux quand la fillette crie. La hernie se réduit spontanément quand l'enfant se couche sur le ventre ou sur le côté droit.

Aucun trouble fonctionnel de l'appareil digestif.

Le 12 décembre 1910, intervention ayant pour but la cure radicale de cette hernie.

Incision elliptique à grand axe vertical parallèle au bord externe des muscles lombaires, et laissant expressément immédiatement en arrière les deux cicatrices de fistule.

Dissection très prudente au bistouri, puis à la sonde cannelée. Extirpation de l'ellipse cutanée circonscrite par l'incision. Je ne trouve pas de hernie et n'en suis pas étonné. L'enfant est, en effet, couché sur le flanc droit, soulevé sur un drap roulé, pour lui faire saillir la région opératoire. Or, au simple examen clinique, j'avais déjà constaté que la hernie se réduisait spontanément dans cette position. Mais je suis

assez surpris de ne trouver aucun sac, malgré toutes mes recherches.

Par contre, je trouve immédiatement un large orifice, occupé par une peloton graisseux. Dans cet orifice, la première phalange du pouce entre facilement. L'index s'y enfonce profondément, et coiffé d'une membrane qu'il refoule, le péritoine sans aucun doute, il se meut très aisément dans une grande cavité qui ne peut être que la cavité abdominale.

C'était donc dans l'orifice herniaire. En le disséquant avec soin, je constate que cet orifice est limité en bas, sur une étendue d'un centimètre environ, par la crête de l'os iliaque, et dans le reste de son étendue par une sorte d'anneau fibreux.

La partie antérieure de cet anneau extrêmement mince, à peine sensible au doigt qui la déprime, appartient à une mince lame fibreuse que je vois se continuer sur les fibres du muscle grand oblique, facilement reconnaissables à leur direction oblique en bas et en avant. La partie postérieure de cet anneau limitant l'orifice herniaire est au contraire épaisse, résistante. Elle est constituée par le bord externe des muscles de la masse commune et de l'aponévrose du grand dorsal fortement rétracté, dont les fibres allant en haut et en avant à la rencontre du grand oblique sont aussi facilement reconnaissables. En haut, je ne puis déprimer l'angle musculo-aponévrotique formé par la rencontre de ces deux muscles,

et je ne puis sentir la dernière côte qu'à travers un matelas musculaire.

On voyait nettement la partie inférieure du bord externe de la masse sacro-lombaire et de l'aponévrose du grand dorsal fortement rétractée en arrière par des tractus fibreux qui l'unissaient à la cicatrice cutanée de la fistule inférieure. Ces tractus étaient les vestiges de l'ancien trajet fistuleux. Quant à la cicatrice opératoire, elle était beaucoup plus fortement unie au contour postérieur de l'anneau herniaire.

Voulant rapprocher les deux muscles obliques d'un côté, masse commune et grand dorsal de l'autre, pour obturer l'orifice herniaire, il me fut facile d'entraîner le grand oblique en arrière, mais il m'était absolument impossible de mobiliser en avant la masse commune et le grand dorsal pour finir l'obturation. Je ne pus arriver à supprimer tout orifice qu'après avoir réséqué tous les tractus fibreux qui unissaient si solidement le bord postérieur de l'anneau herniaire à la cicatrice cutanée inférieure. C'est alors seulement que je pus amener l'aponévrose du grand dorsal et même le bord externe de la masse commune au contact du bord postérieur du grand oblique.

Suture en masse, prenant les téguments et la masse sacro-lombaire d'un côté, le grand oblique et les téguments de l'autre côté, au crin de Florence. Suture au catgut unissant l'aponévrose du grand dorsal au muscle grand oblique. L'ancien

orifice herniaire est obturé par un plan musculaire très résistant. Suture de la peau aux crins.

Le 8 janvier 1911, deux crins superficiels ont donné lieu à une légère suppuration. Aujourd'hui la plaie est parfaitement guérie. On peut faire faire à l'enfant tous les efforts possibles, on ne sent pas la moindre poussée de hernie à la place de l'ancien orifice herniaire, on sent un plan parfaitement résistant et continu, qu'on ne peut déprimer.

OBSERVATION N° 66

SAXL (1909). Garçon de 11 ans, entré avec diagnostic de mal de pott, avec gibbosité angulaire. D'après les renseignements, début il y a deux ans, avec apparition au-dessus de la crête iliaque d'une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur fut ponctionnée plus d'une fois et finit par fistuliser. En 1903, de nouveau un abcès qu'on incisa, enfin nouvel abcès en 1906. Le père avait remarqué en 1905 l'apparition d'une nouvelle tumeur qui se développait au devant de la fistule. L'enfant avait une très mauvaise mine, la peau et les muqueuses étaient décolorées et il y avait de l'œdème des membres inférieurs. La colonne vertébrale montrait au niveau des 9^e, 10^e et 11^e vertèbres dorsales une très forte gibbosité, la hauteur du thorax était diminuée, la dernière côte n'était qu'à deux doigts de la crête iliaque. Au-dessus de la crête iliaque se trouvaient une fistule et deux cicatrices d'incision, l'une de 3 centimètres, l'autre de 2 centimètres. La tumeur

était placée devant et tout près de la fistule. Les dimensions de cette tumeur ont varié à plusieurs examens; petite, elle donnait un son mat, grande elle était parfois sonore dans sa partie inférieure. Elle était molle et élastique et couvrait en partie la crête iliaque. A l'intérieur, on sentait des cordons raides et le contenu de la tumeur se laissait réduire par un orifice large de 3 doigts, et limité en bas par la crête iliaque en haut par la dernière côte, en avant par un rebord tendineux et en arrière par une masse de tissus mous; il y a encore à noter deux fistules dans la région inguinale gauche.

OBSERVATION N° 67

RAYMOND MAISONNEUVE. S... Pierre, 55 ans, chiffonnier, soigné pour brûlure de la jambe, quand un matin il se plaignit d'être fatigué par une toux violente. A l'examen, on découvre une tumeur siégeant sur le bord externe du flanc gauche que le malade dit être porteur depuis 20 ans, à la suite d'une chute qu'il fit sur l'extrémité d'un rail qu'il portait avec d'autres ouvriers. A peine la plaie consécutive fut-elle guérie qu'il remarqua qu'une tumeur se développait à son niveau et qui, quelques mois après, atteignit le volume qu'elle a aujourd'hui.

Tumeur piriforme grosse comme un poing sur le flanc gauche. Mate, demi-molle, pâteuse, dépressible, indolente, elle donne la sensation de lipome; ce diagnostic allait être porté lorsqu'une tentative de réduction fut suivie de succès

avec gargouillements ou plutôt crépitations. Le doigt put être admis dans l'orifice herniaire. Impulsion très nette à la toux. On se trouvait en présence d'une hernie lombaire d'origine traumatique du triangle de J.-L. Petit, à contenu difficile à établir.

Opération le 10 février. *Chloroforme*. Incision longitudinale presque immédiatement sous la peau, on trouve une masse volumineuse d'épiploon avec nombreuses adhérences, paraissant déjà anciennes et qui probablement empêchaient parfois la réduction en provoquant de vives douleurs. La rupture du reste provoqua quelques difficultés. Une fois l'épiploon libéré, on ligatura par un solide fil de soie fixé par un double nœud entrecroisé, on le réséqua en partie.

Le pédicule sectionné, il entra facilement dans la cavité abdominale. On parvint alors à disséquer le sac formé par le péritoine et en le fermant par une suture au surget. On fit par dessus une suture musculaire et la peau fut réunie par première intention. L'orifice herniaire était environ du volume du pouce. Au bout de 6 jours, pansement. 4 jours après on enlève les fils.

OBSERVATIONS DIVERSES

LA CHAUSSE (739), PORTAL (1768), et BALIN (1768), firent sans trop insister quelques remarques sur les hernies lombaires.

DOLBEAU cite le cas d'une hernie lombaire qui fut prise

pour un abcès. A l'ouverture au bistouri de ce soi-disant abcès, il y a eu issue des matières fécales.

N. B. — C'est sur ce cas que probablement Trousseau fit allusion dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, au point de vue du diagnostic.

AUZIAS TURENNE. — S...., a une hernie lombaire survenue spontanément. On sait que J.-L. Petit a mentionné cette maladie fort rare. La réduction en est facile. Il m'a semblé sentir de l'épiploon.

Étiologie

Il faut distinguer deux grandes catégories : les *hernies congénitales* et les *hernies acquises*.

La *hernie congénitale* est celle qui reconnaît pour cause une insuffisance, une faiblesse, et une absence congénitale de la paroi.

GRANGE, dans sa thèse, en a trouvé 5 cas.

JEANNEL a réuni (dit-on) dix cas de hernies lombaires congénitales.

Le contenu varie selon le sujet. Dans certaines observations, on a trouvé l'intestin grêle ; dans d'autres, le côlon ascendant.

MONRO a cité le cas d'une hernie lombaire bi-latérale chez un enfant, et contenant les deux reins.

La hernie lombaire congénitale apparaît souvent à la naissance. MACRÉADY, en 1890, a signalé le cas d'une hernie lombaire ayant été remarquée à la naissance, qui disparut peu de temps après pour réapparaître à l'âge de 16 ans.

Dans l'observation d'O. WYSS, les muscles de la paroi ont été atrophiés secondairement à un arrêt de développement de la colonne vertébrale.

La hernie lombaire acquise est de beaucoup la plus fréquente parmi les hernies lombaires.

JEANNEL en cite 53 ; on les rencontre surtout chez les adolescents et les adultes.

Ces hernies sont surtout secondaires au traumatisme : chute sur le flanc (Verdier) ; chute du 4^e étage (J.-L. Petit) · chute d'une hauteur de 30 mètres (Decaisne) ; coup de poing (Grynfelt).

D'autres hernies lombaires acquises reconnaissent des causes pathologiques, abcès par congestion (Saxl et Claeys).

Parmi les autres causes de hernies lombaires acquises, il faut signaler l'effort, la grossesse, l'adipose, enfin une légère insuffisance congénitale de la paroi, qui faiblit à la moindre occasion (Gosselin).

Anatomie pathologique

Le terme de hernie lombaire comprend une assez grande variété de hernies, tant au point de vue de leur siège qu'au point de vue de leur étiologie.

En ce qui concerne le siège, on a pensé pendant longtemps et jusqu'aux travaux de Grynfeldts, que ces hernies se forment à travers le triangle de J.-L. Petit. Mais en 1866 Grynfeldt et en 1870 Lesshaft, ont montré qu'il existait un deuxième point faible, connu sous le nom de quadrilatère de Grynfeldt-Lesshaft.

Le triangle de J.-L. Petit est limité en avant par le bord postérieur du grand oblique, en arrière par le bord antérieur de la masse sacro-lombaire et en bas par le bord supérieur de la crête iliaque.

L'espace de Grynfeldt-Lesshaft, vaguement losangique, est délimité par quatre bords :

- 1° Un bord vertical et postérieur formé par les bords antérieurs des muscles spinaux (ce bord est parfois formé par le carré des lombes) ;
- 2° Un bord postérieur et supérieur formé par le bord inférieur du petit dentelé postérieur et inférieur dans

sa portion s'étendant de son insertion costale à son croisement avec le bord antérieur des spinaux ;

3° Un bord supérieur et antérieur formé par la 12^e côte dans sa portion s'étendant entre les insertions costales du muscle précédent et les insertions costales du petit oblique ;

4° Un bord inférieur et antérieur formé par le bord postérieur du petit oblique.

Cet espace est très variable dans sa forme et ses dimensions, parfois même il fait défaut.

Mais cependant, à côté de ces deux grands points faibles, qui sont les lieux d'élection des hernies lombaires, il existe d'autres points faibles dans la région lombaire, susceptibles d'être le siège de hernie et qui sont :

1° Orifices vasculo-nerveux dans l'aire du triangle de J.-L. Petit.

2° Boutonnière aponévrotique, malformations ou traumatisme.

3° Orifice dans les insertions tendineuses du grand dorsal (Braun).

4° Orifice dans les insertions postérieures du grand oblique (O. Wyss).

Dans la grande majorité des observations, l'orifice herniaire n'est pas noté.

D'après ce que nous avons pu trouver, voici la fréquence respective pour chaque orifice de sortie :

Triangle de J.-L. Petit, 19 cas sur 72 observations.

Espace Grynfeldt-Lessafdt, 4 cas sur 72 observations.

Dans l'observation de Braun, l'orifice de sortie était situé au niveau d'une nécrose de la portion supérieure de la crête iliaque.

Dans les autres cas, l'orifice de sortie n'a pas été noté.

Symptômes

Ce qui amène le sujet à consulter, c'est une tumeur dans la région lombaire et parfois, mais rarement, quelques troubles digestifs mais pas de douleurs.

En examinant un sujet porteur de hernie lombaire, nous pouvons noter les signes suivants :

Il s'agit d'une tumeur siégeant dans la région lombaire, limitée par les fausses côtes, la crête iliaque, la masse sacro-lombaire, et par une ligne fictive passant par le creux axillaire.

Son volume est variable et peut atteindre celui d'un gros poing et même plus.

La peau, en général, présente une coloration normale sauf un cas signalé par le Dr Marmise, où la peau était très mince, disait-il, pas plus grosse qu'une feuille de papier.

La tumeur est sous-cutanée, absolument indolente, de consistance molle, élastique mais jamais fluctuante.

La réduction se fait en général facilement. Cependant, la hernie reparait aussi très facilement après la réduction. En tous les cas, ces hernies sont toujours réductibles, *du moins au début* : c'est là un signe de grande importance.

La main qui palpe a nettement une sensation de choc quand le malade tousse, ou fait un effort.

A la percussion, la tumeur est en général sonore.

Tels sont les caractères des hernies lombaires *intestinales*.

Au contraire, lorsqu'il s'agit de hernies formées par l'épiploon, on a, à la palpation, une sensation grenue caractéristique. En outre, la tumeur, mate à la percussion, est toujours relativement moins volumineuse. Sa consistance est pâteuse. La réduction se fait facilement mais sans gargouillement (Obs. Auzias).

Les sujets atteints de hernie lombaire ne présentent que très peu de troubles digestifs. Parfois, mais rarement, quelques coliques et quelques nausées. Dans certains cas, on constate quelques vomissements, mais ces signes sont rares et en tous les cas ils disparaissent après réduction.

Complications. — La hernie lombaire peut s'étrangler. On se trouve alors en présence d'une tumeur irréductible, tendue, douloureuse au niveau de l'orifice.

La peau, d'aspect normal au début, ne tarde pas à être le siège de chaleur locale et de rougeur. Elle devient brillante et un œdème localisé du tissu cellulaire sous-cutané apparaît.

Puis la douleur se généralise à tout l'abdomen. Le ventre se ballonne. La constipation apparaît. Le pouls devient faible, filiforme, intermittent. La température s'abaisse et les sueurs froides, visqueuses apparaissent.

Parfois même, on constate un signe de grande importance au point de vue pronostic : le hocquet ; quand ce signe apparaît, le pronostic devient grave.

Il persiste d'ailleurs seul, même dans certains cas où tous les autres signes ont disparu. Cette disparition des autres symptômes peut faire croire à une guérison possible, mais le hocquet existant, on doit penser au contraire à une terminaison fatale prochaine.

L'intervention précoce peut être suivie de guérison. Mais sans cela l'évolution se fera vers le phlegmon stercoral, et la fistule peut suivre si la mort ne survient pas. En tout cas, le pronostic est extrêmement grave.

Diagnostic

Le diagnostic positif se basera surtout sur la mollesse, sur l'élasticité, l'absence de fluctuation de la tumeur, son siège au point faible de la région lombaire, le fait d'être réductible, du moins au début, l'impulsion à la toux, et enfin la sonorité à la percussion quand il s'agit de l'intestin; la sensation grenue, très nette, quand il s'agit d'épiploon.

Le diagnostic différentiel est cependant à faire avec toutes les tumeurs siégeant dans cette région.

Quand il s'agit de hernie lombaire réductible, sonore, indolente, sans signes d'aggravation, ni d'étranglement, le diagnostic est en général très facile, il suffit d'y songer.

Mais nous avons vu que la hernie lombaire peut devenir irréductible.

Supposons qu'il s'agit d'une hernie lombaire irréductible mais non étranglée, le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs et en premier lieu avec l'abcès froid. C'est là en effet un diagnostic dont peut dépendre la vie du malade et nous avons vu que dans l'observation de Dolbeau, la hernie fut prise pour un abcès et incisée au bistouri. Trousseau, dans ses « cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de 1865 » a dit à

propos d'un autre cas dont l'observation est dans notre thèse. « dernièrement, le bistouri aurait pu inciser l'intestin, si les chirurgiens, avant de procéder à l'ouverture de l'abcès que l'on croyait exister en cette région, n'avaient eu le soin de s'assurer de la réduction possible de la tumeur. »

Dans ces cas, en effet, on se trouve en présence d'une tumeur sonore à la percussion, molle et élastique à la palpation. Tels sont les signes que l'on peut rencontrer en effet en examinant un abcès froid rénitant, sans fluctuation manifeste et contenant quelques gaz ayant pu s'infiltrer dans la cavité à cause de son voisinage avec le tube digestif.

C'est dans ces conditions que le doute peut exister et le diagnostic être très difficile. Dans ces cas, il faut essayer plusieurs fois de réduire la tumeur, et avant toute intervention faire une radio de cette région.

Mais il ne faut jamais se servir du bistouri sans s'assurer qu'il ne s'agit pas de hernie. Même dans les cas où le diagnostic est impossible, il vaut mieux s'abstenir de l'incision.

Par ailleurs le diagnostic est à faire avec les « tumeurs venteuses » c'est-à-dire les bosselures de l'abdomen produites par une distension gazeuse exagérée de quelques anses intestinales isolées et contractées spasmodiquement. Mais, dans ces cas, la tumeur est mobile ; en outre, le malade souffre de grandes coliques, enfin, il y a expulsion de gaz par la bouche et par le rectum.

Une troisième erreur à éviter est de prendre pour hernie lombaire un lipome de la région, et inversement. Dans ces cas, les antécédents, l'évolution de la tumeur font le diagnostic. La hernie lombaire n'est *jamais* irréductible d'emblée. Elle a été réductible, et elle est devenue irréductible : cela suffit pour le diagnostic.

Il faut enfin penser aux tumeurs du rein dans lesquelles peuvent exister des bosselures mollasses.

Parfois, on a affaire à un malade porteur d'une hernie lombaire, irréductible et présentant à l'examen une péritonite aiguë : le diagnostic différentiel est alors très difficile.

L'erreur est souvent très facile quant à ce qui est de savoir si le point de départ n'est pas dans la hernie.

En dernier lieu, le diagnostic est à faire avec les polyomyélites.

Traitement

Nous envisagerons deux cas : le traitement des hernies lombaires non compliquées, et celui des hernies lombaires compliquées.

1° *Traitement en dehors de toutes complications*

Ce traitement peut être :

1° Non sanglant ;

2° Sanglant.

1° *Traitement non sanglant* : réduction et application d'un brayer approprié ou d'un tout autre appareil de contention.

Le bandage peut être conseillé pour les petites hernies, facilement réductibles. Il est surtout indiqué chez les sujets dont le travail ne nécessite pas beaucoup d'efforts. En dehors de ces cas, on peut être appelé à appliquer malgré soi ce traitement parce que le sujet ne peut subir l'intervention. cependant, la contention n'est pas le traitement de choix et cela pour différentes raisons.

a) En général, les malades supportent mal un bandage en permanence, ils s'en lassent et finissent par l'enlever, pour le remettre parfois au moment de la visite du médecin ;

b) L'appareil, même quand le sujet le supporte, peut se déplacer, et dans ce cas le but visé n'est plus réalisé ;

c) Par mesure d'hygiène, l'appareil n'est pas à conseiller.

Il nous semble que chaque fois que la chose est possible, mieux vaut avoir recours au :

Traitement sanglant : cure radicale.

Deux choses sont à envisager dans la cure radicale :

1° Conduite vis-à-vis de la paroi ;

2° Conduite vis-à-vis du sac.

Conduite vis-à-vis de la paroi : la suture simple des rebords musculaires a été suivie de succès dans certains cas. Plusieurs chirurgiens se sont contentés de réunir ou du moins de rapprocher les bords des muscles limitant l'orifice.

Mais il existe des cas où ce rapprochement est impossible, c'est alors que Berger, conseille la myoplastie.

Mais dans aucune des observations que nous avons recueillies, la myoplastie n'a été appliquée.

Dans l'observation inédite, on a eu recours à un procédé mixte.

La partie supérieure du triangle de J.-L. Petit a pu être obtuée par rapprochement des bords des deux muscles. Mais ce rapprochement est devenu impossible pour la partie inférieure en raison même des insertions des muscles sur la crête iliaque.

On a alors prélevé un lambeau de forme quadrangulaire à pédicule supérieur et dont la base avait une largeur équivalente à la base du triangle à combler.

En épaisseur, ce lambeau comprenait non seulement le dorsal, mais aussi une partie des fibres de la masse sacro-lombaire. Ce lambeau a été ramené par glissement au niveau de l'espace à combler. On suture son bord externe à la partie profonde restante de la masse sacro-lombaire. Son bord libre, c'est-à-dire son bord inférieur est suturé à l'aponévrose du moyen fessier.

Sur les soixante-douze observations, il a été fait sept fois un traitement de la paroi par suture simple. La myoplastie n'a été appliquée que dans notre observation.

Conduite vis-à-vis du sac : dans certains cas, le sac a été reséqué, Ravaton, Hume, Tucker, Coley, Raymond et Maisonneuve (sac disséqué).

Dans les observations de Owen, de Jeannel et dans notre observation, le sac a été simplement refoulé.

En tous les cas, le sac n'a été mentionné que huit fois sur tous les cas réunis.

Conclusions

1°. — On donne le nom de hernies lombaires à une variété de hernies apparaissant dans la région lombaire. Nous en avons recueilli environ soixante-douze observations.

Ces hernies sont : congénitales, acquises.

Sur les soixante-douze cas recueillis, nous n'avons constaté que cinq congénitales et trente-sept acquises. Pour les autres cas, les auteurs n'ont pas fait mention de l'étiologie.

2°. — Ces hernies apparaissent au niveau de différents points faibles de la paroi de la région lombaire. Ces points faibles sont :

a) Le triangle de J.-L. Petit;

b) Le quadrilatère de Grynfeldt-Lesshaft;

c) Et enfin les orifices de sorties des nerfs et vaisseaux.

3°. — La fréquence de ces hernies par rapport aux autres hernies, est très minime, puisque malgré les recherches que nous avons faites, nous n'avons pu en recueillir que soixante-seize depuis 1672. Ces hernies apparaissent chez des sujets porteurs d'autres hernies dans la plupart des cas.

4°. — Les symptômes des hernies lombaires sont :

a) Tumeur de la région lombaire de volume variable pou-

vant atteindre celui d'un gros poing et même plus :
tumeur sous-cutanée ;

- b) Peau, en générale, normale (sauf le cas signalé par Marmisse, où la peau, disait-il, n'était pas plus grosse qu'une feuille de papier) ;
- c) Tumeur indolente de consistance molle, élastique, mais sans fluctuation aucune ;
- d) Réduction, en général, facile. Après réduction très souvent, on sent les bords tranchants de l'orifice de sortie. Il faut remarquer aussi que ces hernies réapparaissent aussi facilement qu'elles se réduisent ;
- e) Impulsion à la toux et aux efforts ;
- f) Tumeur, en général, sonore quand il ne s'agit que d'intestins. Mais, lorsque le contenu herniaire et de l'épiploon, ou d'autres organes abdominaux, tel que le rein, la sonorité fait place à la matité.

En outre, la consistance dans ces cas est pâteuse et la réduction tout en se faisant facilement ne fait pas entendre de gargouillement.

- g) Peu ou pas de troubles digestifs en dehors des complications. Parfois, mais rarement des nausées et même des vomissements. Mais, ces signes sont rares et ils disparaissent après la réduction.

5°. — Les complications sont :

L'étranglement avec tout le cortège des signes qui accompagnent les hernies étranglées : tumeur devenant douloureuse ;

douleur locale d'abord, se généralisant ensuite ; peau luisante, œdémateuse localement, ventre ballonné, arrêt des matières et des gaz, vomissements, poulx filiforme, hypothermie, sueurs froides, visqueuses, parfois même on constate un signe de grande importance aggravant le pronostic : le hocquet.

6°. — Le diagnostic positif se basera sur les signes que nous avons vus plus haut. Quant au diagnostic différentiel, il est à faire avec toutes les tumeurs de cette région, et en particulier :

- a) L'abcès froid ;
- b) Les tumeurs venteuses (J.-L. Petit), c'est-à-dire les bosselures de l'abdomen produites par une distension gazeuse exagérée, de quelques anses intestinales isolées et contractées spasmodiquement ;
- c) Le lipome, qui parfois peut être lobulé ;
- d) Les tumeurs du rein dans lesquelles peuvent exister des bosselures molasses, et enfin les fauses hernies lombaires.

7" — Le traitement et enfin le point sur lequel nous avons surtout désiré insister.

Plusieurs traitements ont été préconisés et adoptés :

Ce sont :

- a) La contention par un bandage ou une ceinture appropriée ;
- b) La cure radicale. La plupart des auteurs se sont con-

tentés de faire une simple suture des bords de l'orifice herniaire en les rapprochant.

Certains chirurgiens ont proposé la myoplastie, mais aucun dans les observations recueillies par nous, n'a appliqué ce mode opératoire. Dans l'observation inédite que nous publions à la tête de cet ouvrage, M. Madier a adopté un procédé mixte.

Il a commencé par suturer par simple rapprochement, les bords du triangle de J.-L. Petit dans la partie supérieure. Mais, dans la partie inférieure, ces bords étant très éloignés, on a eu recours à la myoplastie qui a consisté à tailler un lambeau musculaire dont la surface était égale à celle qui restait découverte de la partie inférieure du triangle, ce lambeau, comprenant, en épaisseur tout le grand dorsal et quelques fibres de la masse sacro-lombaire, a été ramené par glissement en face de l'orifice herniaire, qu'il a obturé.

8°. - - Le pronostic de ces hernies est identique à celui de toutes autres hernies.

Vu le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président,

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE.

Bibliographie

BASSET (de Toulouse). — *Union médicale*, 1854, T. 2, p. 578.

BARLIE. — De la paroi abdominale postérieure. *Thèse*, Montpellier, 1896.

BILLOTROI. — *Thèse*, Paris, 1869.

BRAUN. — *Arch. F. Klin. Chir.*, 1879.

BILLROTH. — *Thèse des hernies lombaires*.

BALLIN. — L'art de guérir les hernies, 1827.

C. BERNUTEZ. — *Arch. G. de Méd.*, 1850, T. 13, p. 129.

BARBET. — *Opér. Chir. Anat.*, 1672.

CARTIER. — Précis d'observations de cliniques faites à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1802.

W. COLES. — *The Dublin Journal*, 1857. *Gazette médicale de Paris*, 1858.

CHAPPELAIN. — *Bulletin des travaux de la Société de Médecine de Marseille*, juillet 1861. *Gazette des hôpitaux*, 1861.

COLEY. — Probable umbar hernia. *Annall of surgery*, 1895, T. 12.

- J. CLOQUET. — Recherches des causes et anatomies des hernies abdominales, 1819.
- DUMOULIN. — Contribution à l'étude des hernies lombaires. *Congrès des Sociétés savantes de Nancy*, du 9 au 13 avril 1903.
- DUMESNIL et BRUNON. — *Bulletin médical*, 1899, n° 66.
- DUPLAY. — *Thèse Rigodin*.
- DECAISME. — *Gazette médicale de Paris*.
- DELDECH. — *Précis des maladies chirurgicales*, 1816, T. 2, page 550.
- DESSAULT. — *Traité des maladies chirurgicales*, T. 2, 1779.
- GRINFELDT. — *Montpellier médical*, 1866, page 340.
- GRANGE. — Hernies rares. *Thèse de Lyon*, 1896.
- GARENGEOT. — *Traité de chirurgie*, 1731.
- GALLOWAY. — A case of lumbar hernia transaction of the. *New-York surgical Society*, avril 1895.
- HARDY. — *Bulletin académique des médecins*, mars 1869.
- HUTCHINSON. — *The bristich med. journ.*, 1889, vol. 2, page 71.
- JOBERT. — *Traité des mal. chir. du canal intestinal*, T. 2, 1829.
- JEANNEL. — *Arch. Prov. de Chir.*, 1902.

KARL BAYER (de Pragues). — Ein aull von hernia lumbalis in roomsus. *Lessafdt centrale Blatt. fur. Chir.*, 1888, n° 37.

LASSUSS. — *Path. Chir.*, T. 2, 1806.

LACHAUSSE. — De hernia ventrali (collection des thèses de Haller), *thèse*, 68, 1759.

LIENFELD. — *Deutch. Med. wo chenschi.*, 1907, n° 3 et 1903, page 122.

LARRAY. — *Bull. académique de méd.*, mars 1866.

LESSHAFT. — *Arch. F. Anat.*, 1870.

MORESTIN. — Hernie graisseuse à travers la gaine aponévrotique de la masse sacro-lombaire. *Société ant.*, 1901, page 202.

MACKROCKI. — *Thèse de Strasbourg*, 1879, page 201, T. 24.

MACREADY. — *The lancet*, 8 novembre 1890.

MALGAIGNE. — Leçons de chirurgie sur la hernie.

MARMISSE. — *Gazette des hôpitaux*, 1862, page 170.

MONRO. — *Essay on crural hernie*, page 8, 1802.

MASTIN. — *Ann. of surgery Saint-Louis*.

MACKROCKI. — *Beirtrag. zur Path. der bauch deckenbruche nut einstchluss*, Strasbourg, 1879.

MAISONNEUVE et RAYMOND. — Le limousin Méd. *Journal de la Société des médecins de la Haute-Vienne*, 1897.

PELLETEAU. — *Cli. Chi.*, T. 3, 1810.

J.-L. PETIT. — *Traité des maladies chirurgicales*, T. 2, 1779.

RIGODIN. — *Thèse de Paris*, 1872.

ROMASEN. — *Thèse de Paris*, 1882.

RENAULME DE LA GARENNE. — *Essai d'un traité de hernie*,
1726.

SCHRAUBE. — Eine seltene hernie. *Preussische Medicinalzeitung*, 1863.

SISTACH. — *Mémoires de médecin militaire*, 1867, T. 19.

TUCKER. — *The american journ. of Obsté.*, mars 1893.

TROUSSEAU. — *Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, T. 3,
2^e édition, Paris, 1865.

TILLAUX. — *Dictionnaire encyclopédique art. régions lombaires*.

VELPEAU. — *Traité de médecine opératoire*, 1832.

VERDIER. — *Traité de hernie*.

O. WYSS. — *Beitrag. z. chir. festschrift. Stuggart*, 1892.